

REQUISITOS DE CALIFICACION - JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO

Diana Marcela Ortiz López <auxjuridica@juntavalle.com>

Vie 23/02/2024 12:26 PM

Para: Juzgado 01 Laboral Circuito - Valle del Cauca - Cali <j01lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 2 archivos adjuntos (303 KB)

REQUISITOS DE CALIFICACION - JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO.pdf; FORMULARIO 2024.docx;

Cordial saludo

Adjunto envío respuesta a su solicitud del día 23/02/2024.

Favor confirmar recibido.

Muchas gracias.

Cordialmente,



Diana Marcela Ortiz López
Auxiliar Jurídica
PBX: (052) 553 1020 Ext.
auxjuridica@juntavalle.com
Calle 5E # 42-44 Barrio Tequendama
Santiago de Cali, Valle del Cauca
www.juntavalle.com

AVISO IMPORTANTE: Señor usuario, esta dirección electrónica es de uso exclusivo para el envío de Respuestas a Recursos de la Sala Uno por lo anterior a través de la misma, no se reciben solicitudes ni comunicaciones de tipo PQRS, Judiciales, Recursos, Controversias, Solicitudes de información, etc. Nuestras direcciones electrónicas habilitadas para estos servicios según el caso son:

Solicitudes generales y PQRS: solicitudes@juntavalle.com

Recursos: recursos@juntavalle.com

Historias Clínicas para calificación: expedientes@juntavalle.com

Solicitudes Judiciales: judicial@juntavalle.com

Igualmente lo invitamos a utilizar nuestros canales alternos de atención al usuario por medio de la página web:

www.juntavalle.com

PBX: (52) 553 1020

La información contenida en este e-mail y sus anexos son de carácter confidencial para el uso exclusivo del destinatario. Si Usted no es el receptor autorizado, cualquier revisión, retención, difusión, distribución o copia de este mensaje y sus anexos son prohibidos y sancionada por la ley. Si recibió este mensaje por equivocación, por favor envíelo al remitente y bórralo inmediatamente.

Acorde con la LEPD, el titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de la base de datos de la Junta regional de Calificación de invalidez, Valle del Cauca como responsable directo de dicha información. La finalidad de esta base de datos será la gestión administrativa de la entidad y el envío de comunicaciones sobre los servicios que la Junta brinda.



Santiago de Cali, 23 de febrero del 2024

DJ-24-197-DMOL

Señores

JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI

Correo: j01ccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Santiago de Cali – Valle del Cauca

PROCESO: ORDINARIO LABORAL

DEMANDANTE: JOSÉ FELIX MONTAÑO MONTAÑO

DEMANDADO: EQUIPOS CERTIFICADOS S.A.S. Y OTROS.

RADICACIÓN: 76001310500120200044400

Muy respetuosamente se dirige a Usted, la Secretaria Técnica de la Sala Uno de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, informando que para realizar la calificación solicitada a nombre de la señora **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, esta junta regional requiere:

1. Consignación por la suma de **\$1.300.000.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar original y una copia).
2. Formulario debidamente diligenciado.
3. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración, determinando:
 - Si requiere calificación de un evento específico o calificación integral.
 - Demostrando el interés jurídico e informando puntualmente cual es la finalidad del dictamen (ejemplo: demanda, condonación de deuda, compañía de seguros, sustitución pensional).
 - Informar bajo la gravedad del juramento, si ha sido calificado anteriormente por alguna de las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES). En caso afirmativo, aportar copia de la (s) calificación (es).
 - Manifiestar cuales son las otras partes interesadas.
4. Copia de la cédula o documento de identidad.
5. Copia completa de la historia clínica **ACTUALIZADA** con conceptos y valoraciones de especialistas que soporten el diagnóstico motivo de calificación.
6. **Concepto de Mejoría Médica Máxima y/o Concepto de Rehabilitación Integral.**
7. Reportes de medicina legal.
8. Si se requiere para condonación de deuda, anexar carta expedida por la entidad financiera donde solicita la valoración por la Junta Regional.
9. Registro civil de defunción, para casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes.
10. Si actúa en representación de persona natural o jurídica aportar poder debidamente firmado, dirigido a esta junta facultándolo para actuar.
11. En caso de actuar como curador aportar copia de la sentencia de interdicción judicial y copia del documento de identidad del curador.
12. Oficio remisorio del Despacho judicial.
13. Copia de la demanda.
14. Aclaración respecto a: evento, diagnóstico(s) y/o patología(s) requiere el Despacho se califique.

Aportados los documentos requeridos en el presente oficio, el expediente ingresará a reparto entre los médicos integrantes de esta Junta; el médico ponente, de considerarlo necesario, solicitará los exámenes y/o documentos adicionales para proferir el dictamen.



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



Una vez, se acredite a esta Junta los documentos requeridos anteriormente, se adelantará el trámite de calificación, conforme con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015.

Los documentos relacionados en el presente escrito se deberán enviar únicamente al correo electrónico: expedientes@juntavalle.com, en carpeta única comprimida debidamente foliada y marcada con nombre cédula, informando el total de los folios que se aportan.

Atentamente.

MARÍA CRISTINA TABARES OLIVEROS

Secretaria Técnica de la Sala Uno (1).

Trabajo en casa, Circular 021 de 17 de marzo 2020 – MINTRABAJO.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

Fecha de la Solicitud:

DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE

Nombre de la Entidad Remitente:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Número de Folios:

Correo Electrónico:

Descripción de documentos anexos:

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA

Apellidos:

Nombres:

Tipo de Documento de Identidad:

Número:

Expedido en:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Género:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Estado Civil: Casado (a) () Soltero (a) () Unión Libre () Viudo (a) () Separado (a) ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Universidad () Analfabeta () Otro ()

DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA (ACTUAL)

Nombre o razón social del empleador:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico:

Cargo Actual:

Actividad económica del
empleador

MOTIVO DE REMISION

1	CALIFICACION DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
2	CALIFICACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ
3	CALIFICACION DEL ORIGEN
4	REVISION DE LA CALIFICACION (APORTAR DICTAMEN PREVIO O CALIFICACIÓN AN'
5	OTRO - ESPECIFIQUE:

VINCULACIONES

Entidad de seguridad o previsión social a que está afiliado actualmente Cotizante () Beneficiario ()

EPS:

ARL:

FONDO DE PENSIONES:

ASEGURADORA SEGURO PREVISIONAL:

DESVINCULADO LABORALMENTE DESDE:

CONSTANCIA

Dejo constancia de que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta por el mismo motivo o causa.

RESPONSABLE DE LA REMISION

Nombre y apellidos:

Documento de Identidad:

Cargo:

Correo Electrónico:

SOLICITUD PARTICULAR ANTE LA JUNTA

La calificación de forma particular, **únicamente podrá solicitarse ante la Junta Regional** para los siguientes casos, de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1. del Decreto 1072 de 2015:

- Reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos.
- Entidades bancarias o compañía de seguros.
- Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

REQUISITOS SOLICITUD PARTICULAR

1. Consignación por la suma de **\$1.300.000.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar original y una copia).
2. Formulario debidamente diligenciado.
3. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración, determinando:
 - Si requiere calificación de un evento específico o calificación integral.
 - Demostrando el interés jurídico e informando puntualmente cual es la finalidad del dictamen (ejemplo: demanda, condonación de deuda, compañía de seguros, sustitución pensional).
 - Informar bajo la gravedad del juramento, si ha sido calificado anteriormente por alguna de las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES). En caso afirmativo, aportar copia de la (s) calificación (es).
 - Manifestar cuales son las otras partes interesadas.
4. Copia de la cédula o documento de identidad.
5. Copia completa de la historia clínica **ACTUALIZADA** con conceptos y valoraciones de especialistas que soporten el diagnóstico motivo de calificación.
6. **Concepto de Mejoría Médica Máxima y/o Concepto de Rehabilitación Integral.**
7. Reportes de medicina legal.
8. Si se requiere para condonación de deuda, anexar carta expedida por la entidad financiera donde solicita la valoración por la Junta Regional.
9. Registro civil de defunción, para casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes.
10. Si actúa en representación de persona natural o jurídica aportar poder debidamente firmado, dirigido a esta junta facultándolo para actuar.
11. En caso de actuar como curador aportar copia de la sentencia de interdicción judicial y copia del documento de identidad del curador.

SOLICITUD POR AUTORIDAD JUDICIAL

Adicional a los requisitos para calificación particular, deberá anexarse:

- Oficio remisorio del Despacho judicial.
- Copia de la demanda.
- Aclaración respecto a: evento, diagnóstico(s) y/o patología(s) requiere el Despacho se califique.

En los casos en que la junta regional de calificación de invalidez actúe como perito por orden de la Fiscalía, su gestión no generará honorario alguno.

SOLICITUD VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Adicional a los requisitos para calificación particular, deberá anexarse:

- Demostrar el interés jurídico; para lo cual, deberá aportarse: copia del acto administrativo (Resolución) que demuestre la inclusión en el Registro Único de Víctimas -RUV- como víctima del conflicto armado.
- Aportar copia de la historia clínica que refleje los hechos en la fecha en que ocurrió el acto de violencia que causó la pérdida de capacidad laboral.
- Copia de los documentos que evidencien el nexo causal entre el acto de violencia suscitado en marco del conflicto armado interno y la pérdida de capacidad laboral.
- Consignación por la suma de **\$129.999.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar original y una copia).

NOTA: El expediente deberá radicarse a través del correo electrónico: expedientes@juntavalle.com organizado en un solo formato PDF EN CARPETA COMPRIMIDA MARCADA CON NOMBRE Y CÉDULA DE LA PERSONA A CALIFICAR; igualmente, en el **ASUNTO DEL CORREO** deberá indicarse: el nombre de la persona a calificar y número de documentos de identificación.