

**caso amparo de pobreza de JOSE GUILLERMO HENAO MEDINA C.C. 4477920 radicado No 2021001000**

Radicacion <radicarexpeditentes@jrciantioquia.com.co>

Mar 16/05/2023 4:16 PM

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Caldas - Salamina <j01cctosalamina@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Lulu0173@live.com.ar <Lulu0173@live.com.ar>

 1 archivos adjuntos (2 MB)

8.1 FORMULARIO DE CALIFICACION PARTICULARES JRCIA.pdf;

JUZGADO PRIMERO DEL CIRCUITO DE SALAMINA  
DEPARTAMENTO DE CALDAS

El día 28 de abril de 2023 el señor JOSE GUILLERMO HENAO MEDINA C.C. 4477920 radicó solicitud de calificación ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, así mismo, aportó el auto interlocutorio No 310 mediante el cual en el inciso tercero el juzgado le concede al demandante amparo de pobreza debido a que no se encuentra en capacidad económica para contratar los servicios de un profesional del derecho y sufragar los costos que conlleva un proceso de responsabilidad civil. Sin embargo, en las ordenes que profiere el juzgado no se encuentra que el despacho nombre como perito a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, e igualmente se le ordene exonerar del pago de los honorarios para la calificación al señor HENAO MEDINA con ocasión al amparo de pobreza.

De conformidad a lo anterior, respetuosamente solicitamos al despacho remitir un oficio mediante el cual se precise la siguiente información:

- Nombramiento como perito a la Junta Regional de Antioquia
- Exoneración del pago de los honorarios para el proceso de calificación.
- Indicar si se trata de la calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, del origen, a ambas.

Quedamos atentas a la remisión de los documentos faltantes y del oficio proferido por el juzgado con la información anteriormente solicitada.

Se anexa formulario con los requisitos

**YESICA VILLADIEGO OSORIO**

Asistente Administrativo - Radicacion

[radicarexpeditentes@jrciantioquia.com.co](mailto:radicarexpeditentes@jrciantioquia.com.co)

Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia

Teléfono: 604 4449448 **Ext** 141

Dirección: Calle 27 No 46-70 local 225 piso 2

Centro Integral de Servicios Punto Clave

**AVISO IMPORTANTE:** Estas direcciones de correos electrónicos son de uso único y exclusivo para los trámites que en adelante se enuncian; todo mensaje que se reciba y que no corresponda al debido uso, no será leído y automáticamente se eliminará de nuestros servidores.

Apreciado usuario los **CANALES AUTORIZADOS** para el correcto diligenciamiento de todas las solicitudes son los siguientes:

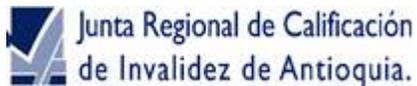
RADICACIÓN DE EXPEDIENTES PARA CALIFICACIÓN: [radicarexpeditentes@jrciantioquia.com.co](mailto:radicarexpeditentes@jrciantioquia.com.co)

RADICACIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS, RECURSOS Y DEMÁS SOLICITUDES:

[recepcion@jrciantioquia.com.co](mailto:recepcion@jrciantioquia.com.co)

NOTIFICACIONES JUDICIALES, RADICACIÓN DE EXPEDIENTES DE DEMANDAS, TUTELAS Y DEMAS

ASUNTOS JUDICIALES: [correojudicial@jrciantioquia.com.co](mailto:correojudicial@jrciantioquia.com.co)



**Nota:** De conformidad en la Resolución 2050 del 2022 expedida 16 junio de 2022. Las notificaciones judiciales se reciben exclusivamente en el correo electrónico: [correojudicial@jrciantioquia.com.co](mailto:correojudicial@jrciantioquia.com.co)

## FORMULARIO DE SOLICITUD CALIFICACIÓN

FECHA DE SOLICITUD	DIA	MES	AÑO				
1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE REMITE EL EXPEDIENTE O A LA CUAL SE LE VA A RECLAMAR							
NOMBRE DE LA ENTIDAD							
TELÉFONO DE LA ENTIDAD						N.I. T	
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD				CIUDAD Y DEPARTAMENTO			
2. DATOS DE LA PERSONA QUE SE VA A CALIFICAR							
NOMBRES Y APELLIDOS							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN MARQUE CON UNA (X)	REGISTRO CIVIL (NUIP)	TI	CC	CE	NUMERO		
						EXPEDIDA EN	
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	GENERO	F	M	OTRO
ESTADO CIVIL MARQUE CON UNA (X)	SOLTERO (A)		CASADO (A)		UNION LIBRE	DIVORCIADO (A)	VIUDO (A)
ESCOLARIDAD MARQUE CON UNA (X)	SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	TÉCNICO	TECNÓLOGO	UNIVERSITARIO	OTROS
TELÉFONO FIJO				CELULAR			
DIRECCIÓN RESIDENCIA					CORREO ELECTRONICO		
BARRIO				MUNICIPIO			
EPS				TIPO DE AFILIADO MARQUE CON UNA (X)	BENEFICIARIO		
FONDO PENSIÓN					CONTRIBUTIVO		
ARL					SUBSIDIADO		
3. MARQUE CON UNA (X) EL MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN							
PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL (%PCL)					MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA CALIFICACIÓN		
DETERMINAR ORIGEN							
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN					MARQUE CON UNA (X) SI YA A SIDO CALIFICADO ANTERIORMENTE EN ESTA INSTITUCIÓN		SI NO
REVISIÓN CALIFICACIÓN DERECHO PENSIONAL							
4. DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O EMPLEADOR							
NOMBRE DE LA EMPRESA							
TELÉFONO DE LA EMPRESA						N.I. T	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA				CIUDAD Y DEPARTAMENTO			
5. PERSONA RESPONSABLE DE ENTREGAR EL EXPEDIENTE A LA JUNTA REGIONAL							
NOMBRES Y APELLIDOS							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD					PARENTESCO		
TELÉFONO FIJO				CELULAR			
FIRMA DEL PACIENTE						NUMEROS DE FOLIOS ENTREGADOS	
UNA VEZ VERIFICADOS LOS DOCUMENTOS, SE ASIGNA EL RADICADO							

**DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN SEA EL CASO**

1 DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN PARTICULAR	3 DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN POR PARTE DE EMPLEADOR	5 DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN DE LOS CASOS PARTICULARES EN QUE SE VA SOLICITAR CALIFICACIÓN DIRECTA (AFP, ARL O EPS) BASADOS EN EL DECRETO 1352 DEL 26 DE JUNIO DE 2013 ARTICULO 29 SE DEBEN ADJUNTAR LOS SIGUIENTES REQUISITOS.
<p><b>APLICA PARA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* CONDONACIÓN DE DEUDAS</li> <li>* RECLAMACIÓN DE SEGUROS DE VIDA</li> <li>* SUTITUCIÓN DE PENSIÓN</li> <li>* RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO</li> <li>* AFILIACION A LA EPS</li> <li>* PARA PRUEBA ANTICIPADA PARA INICIAR DEMANDA</li> <li>* PARA PENSIÓN ANTICIPADA POR HIJO DISCAPACITADO</li> <li>* PARA AYUDA O INDEMNIZACIÓN POR SER VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Copia del documento de identidad al 150%</li> <li>3. Carta dirigida a la entidad que se le va a solicitar y/o a reclamar, donde se les notifica el inicio de calificación en la Junta Regional e informándoles para que se requiere dicha calificación (<b>ESPECIFIQUE EL MOTIVO POR EL CUAL SE QUIERE HACER CALIFICAR</b>), esta carta debe contar con sello de recibido de la entidad, si es por fuera de la ciudad enviarla por correo certificado y se anexa a la carta la guía de envío, la carta firmada por la persona a calificar.</li> <li>4. Carta dirigida a la Junta Regional donde el solicitante manifieste que no ha iniciado tramite de calificación e informando que la calificación se requiere para (<b>ESPECIFIQUE EL MOTIVO POR EL CUAL SE QUIERE HACER CALIFICAR</b>), y firmada por la persona a calificar.</li> <li>5. Copia de la historia clínica completa legible.</li> <li>6. Enumerar (foliar) de manera consecutiva hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro.</li> <li>7. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV del año en curso, el cual equivale a un valor de \$1'160.000 este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia.</li> <li>8. Para los casos de <b>sustitución de pensión especificar</b> en la carta dirigida a la Junta Regional de Calificación De Antioquia los datos de identificación del pensionado fallecido y anexar fotocopia de la cédula y registro civil de defunción.</li> </ol> <p><b>Nota:</b> para los casos que son por víctima de conflicto armado deben anexar el certificado RUV (registro único de víctimas). Los honorarios para las víctimas del conflicto armado corresponden a 3 días de salario mínimo legal mensual vigente, los cuales representan <b>\$116.000</b> conforme a la Resolución 1040 del 21 de junio de 2022.</p> <p style="text-align: center;"><b>Cuenta Ahorros/ Bancolombia N°37917364231/Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</b></p>	<p><b>APLICA PARA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* SI EL EMPLEADOR NO TENIA AL EMPLEADO AFILIADO A NINGUNA ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Carta dirigida a la Junta Regional por parte del empleador donde manifieste que se solicita la calificación informando que al momento del accidente el empleado no se encontraba afiliado a la seguridad social de ser este el caso.</li> <li>3. Carta por parte del empleado dirigida a la Junta Regional donde manifiesta que no ha iniciado tramite de calificación ante ninguna otra entidad calificadora y de ser el caso manifestar que al momento del accidente no se encontraba afiliado a seguridad social y firmada por la persona a calificar.</li> <li>4. Copia de la Cámara de Comercio de la empresa.</li> <li>5. Copia de la cedula del representante legal al 150%.</li> <li>6. Copia de la historia clínica completa legible.</li> <li>7. Enumerar (foliar) de manera consecutiva hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro.</li> <li>8. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV del año en curso, el cual equivale a un valor de \$1'160.000, este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Cuenta Ahorros/ Bancolombia N°37917364231/Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</b></p>	<p><b>APLICA PARA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Si transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad, en todos los casos, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta.</li> <li>b) Cuando dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación de la inconformidad, conforme al artículo 142 del Decreto número 19 de 2012, las entidades de seguridad social no remitan el caso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Carta a la Junta especificando porque solicita calificación directa.</li> <li>3. Copia del documento de identidad al 150%.</li> <li>4. Copia del certificado de rehabilitación desfavorable emitido por la EPS.</li> <li>5. Cartas de notificación a la (AFP, EPS, ARL, COMPAÑÍA DE SEGUROS), donde les manifiesta que iniciará tramite de calificación ante la Junta Regional (Especificar cuál es literal en que se basan para solicitar calificación directa, si el A o el B).</li> <li>6. Dictamen en primera oportunidad dependiendo del caso (Literal A o B).</li> <li>7. Inconformidad y/o recurso dependiendo del caso (Literal A o B).</li> <li>8. Carta donde le notifican sobre el dictamen dependiendo del caso (Literal A o B).</li> <li>9. Copia de la historia clínica completa legible.</li> <li>10. Enumerar hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro.</li> <li>11. Adjuntar el soporte del pago de los honorarios realizados por la entidad responsable de este.</li> </ol> <p><b>PARÁGRAFO 1°.</b> Cuando el trabajador solicitante recurra directamente a la Junta de Calificación de Invalidez conforme con lo establecido en el presente artículo, deberá manifestar por escrito la causal respectiva. En tal caso, el Director Administrativo de la Junta de Calificación de Invalidez determinará la entidad de seguridad social a la cual le corresponde el pago de los honorarios y procederá a realizar el respectivo cobro a la Administradora de Riesgos Laborales o Entidad Administradora del Sistema General de Pensiones según corresponda, a través de las acciones de cobro judicial ante los jueces laborales, en la que solicitará el pago de intereses y costas del proceso y deberá presentar la correspondiente queja ante las diferentes autoridades administrativas, sin que se suspenda el trámite ante la junta por la falta de pago de honorarios.</p> <p><b>Nota:</b> las juntas no exigirán el cumplimiento de todos los requisitos establecidos en dicho artículo, sino que pedirán a las entidades correspondientes los documentos faltantes.</p> <p><b>NOTA:</b> Para la calificación no adjuntar medios magnéticos (CD, USB) ni radiografías. Únicamente lectura de los estudios realizados</p> <p><b>Para cualquier información favor comunicarse al teléfono 444 94 48 Ext. 101-102-141</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Calle 27 46 – 70 Local 225 Centro Integral de Servicios Punto Clave Horario L-V 8:00 a.m. a 5:00 p.m. S- 8:00am a 11:00 am</b></p> <p><b>Correo:</b> <a href="mailto:radicarexpedites@jrcantioquia.com.co">radicarexpedites@jrcantioquia.com.co</a></p>
<p><b>2 DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN ENVIADOS POR JUZGADOS PARA REALIZAR PERITAZGO PARA PORTAR COMO PRUEBA A PROCESOS JUDICIALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Oficio del Juzgado dirigido a la Junta Regional nombrándola como perito.</li> <li>3. Copia del documento de identidad al 150%.</li> <li>4. Copia de la historia clínica completa legible.</li> <li>5. Enumerar (foliar) de manera consecutiva hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro.</li> <li>6. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV de año en curso, el cual equivale a un valor de \$ 1'160.000 este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Cuenta Ahorros/ Bancolombia N°37917364231/Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</b></p>	<p><b>4 DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN POR FISCALIAS</b></p> <p><b>APLICA PARA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ACCIDENTE DE TRANSITO</li> <li>* LESIONES PERSONALES OCACIONADAS POR OTRA PERSONA</li> <li>* DEMANDA DE ALIMENTOS</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Oficio de la Fiscalía dirigido a la Junta Regional nombrándola como perito.</li> <li>3. Copia del documento de identidad al 150%.</li> <li>4. Copia del o los Dictamen de Medicina Legal.</li> <li>5. Copia del croquis (en caso de ser accidente de tránsito).</li> <li>6. Copia del SOAT o Informe Policial (en caso de ser accidente de tránsito).</li> <li>7. Copia de la historia clínica completa legible.</li> <li>8. Enumerar (foliar) de manera consecutiva hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro.</li> </ol>	