



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO

FORMATO 1. ROL LABORAL ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES
FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1607 AGOSTO 12 DE 2014

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen:	DD/01 MM/04 AAAA/2026	Número de dictamen:	14202500109
Motivo de solicitud: PCL:	Primera Oportunidad:	Primera Instancia:	Segunda Instancia:
Solicitante:	EPS:	AFP:	ARL:
Afiliado:	Pensionado:	Empleador:	Rama Judicial:
Nombre solicitante: PARTICULAR SOAT	NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s):	Ciudad: ARMENIA
Dirección Solicitante:	Teléfono:	Correo Electrónico:	Ciudad: ARMENIA, Q.

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO	Nit: 801000451-4
Dirección: Carrera 13 # 19 - 09 Local 04 Piso -1 Centro Comercial Altavista	Teléfono: (6) 7443654
	email: jr.calificaciondelinvalides@gmail.com
	Ciudad: ARMENIA

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: X	Beneficiario:
Apellido(s): MONCALENO BALLESTEROS	Nombre(s): JAIRCINHO
Documento de identificación:	NIU: RC: TI: CC: X CE: No: 9773431
Fecha de nacimiento:	DD/ 29 MM/ 08 AAAA/ 1985
ETAPAS DEL CICLO VITAL:	Edad: 39 Meses Años
Bebes y niños menores de 3 años:	Niños y adolescentes:
Población en Edad Económicamente activa: X	Adultos mayores:
ESCOLARIDAD:	Analfabeta: Primaria: Post Grados:
Básica:	Media: X Bachiller Técnico
Tecnológica:	Otros: Cual: Universitaria:
Dirección:	Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:
ESTADO CIVIL:	Soltero: Casado: 4 Hijos de 13 y trillizos de 8 años Unión Libre: Otros: Separado: Viudo:
En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:	Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:	Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
AFILIACION AL SISS:	
Régimen en Salud:	Contributivo: X Subsidiado: No afiliado:
Administradoras:	EPS: SANITAS Nombre - Email AFP: PROTECCION Nombre - Email ARL: AXA COLAPTRIA Nombre - Email Otros: Nombre - Email

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente:	Dependiente: X
Nombre del Trabajo/empleo: Vendedor externo de concentrado para mascotas	Ocupación: Código CIUC:
Nombre Actividad Económica:	Clase:
Nombre de la Empresa: ITALCOL de Occidente	NIT/CC:
No Aplica:	

5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO - (Descripción)

Historial Clínico:	X
Estudios clínicos:	X
Pruebas objetivas:	X
Examen físico:	X
Otras interconsultas:	

ORIGINAL

HOJA EN BLANCO