

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE REMITE EL EXPEDIENTE O A LA CUAL SE LE VA A RECLAMAR

☐ Persona natural

☐ Entidad de seguridad social

☐ Apoderado

☐ Autoridad judicial

Entidad remitente — Nombre		NIT/CC/ID	
Dirección/Correo electrónico		Teléfono	

Apoderado — nombre			Tarjeta profesional N.º	
Poder adjunto	☐ Sí ☐ No	Correo del apoderado		

Cuando la solicitud se presenta mediante apoderado, es obligatorio adjuntar el poder y la tarjeta profesional (T.P.).

Autoridad judicial — despacho		Radicado del despacho	
-------------------------------	--	-----------------------	--

2. PERSONA OBJETO DEL DICTAMEN

Nombres y apellidos				
Tipo de identificación	☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ PPT			
Número de documento		Expedido en		
Fecha de nacimiento	(DD/MM/AAAA)	Género	☐ F ☐ M ☐ Otro	
Estado civil	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)			
Escolaridad	☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Otros			
Dirección de residencia			Municipio	
Correo electrónico			Teléfono / Celular	
Fondo de Pensión		EPS	ARL	

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD marque con una X

☐ Pérdida de capacidad laboral (%PCL)

☐ Determinar origen

☐ Fecha de estructuración

☐ Revisión calificación derecho pensional

¿Ya fue calificado anteriormente en esta institución? ☐ Sí ☐ No

4. EMPRESA O EMPLEADOR

Nombre de la empresa		NIT	
Correo electrónico		Teléfono	
Dirección		Municipio	

5. DATOS DE NOTIFICACIÓN

De la exactitud de estos correos depende que el dictamen quede notificado correctamente a todas las partes.

PARTE A NOTIFICAR	NOMBRE / ENTIDAD	CORREO(S) ELECTRÓNICO(S)
Persona objeto de calificación		
Apoderado —cuando aplique		
Empleador / Empresa		
Otro (¿cuál?)		

La notificación a las EPS, AFP y ARL se surte al correo oficial de notificaciones de cada entidad.

Trámites de origen judicial: la Junta remite el dictamen y la notificación se surte en el despacho remitente (art. 2.2.5.1.39 del Decreto 1072/2015)

Declaraciones y autorizaciones
Notificación electrónica: autorizo a la Junta a notificarme el dictamen y sus actuaciones al/los correo(s) aquí registrado(s). En ausencia de esta autorización, o si el envío no puede completarse, la notificación se surtirá de forma física.
Tratamiento de datos: autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la Ley 1581 de 2012 y a la política de tratamiento de datos de la Junta.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma declaro que la información consignada es veraz y completa y otorgo las autorizaciones de notificación electrónica y de tratamiento de datos personales indicadas en este formulario.

Firma		Nombre	
C.C.		Fecha (D/M/A)	

ANEXO. TARIFAS Y REQUISITOS PARA CALIFICACIÓN

TARIFA DE HONORARIOS / CONCEPTO	En SMMLV	Valor 2026
Honorarios ordinarios de calificación (Junta Regional)	1 SMMLV	\$1.750.905
Honorarios del recurso de apelación (Junta Nacional)	1 SMMLV	\$1.750.905
Víctimas del conflicto armado — peritaje (requiere inclusión en el RUV)	3 días de SMMLV	≈ \$175.090

Base: art. 2.2.5.1.16 del Decreto 1072 de 2015 y su parágrafo (adicionado por el Decreto 1040 de 2022). SMMLV 2026 = \$1.750.905; los valores se actualizan cada vigencia según el SMMLV.

REQUISITOS PARA ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 2.2.5.1.28 del Decreto 1072 de 2015. X = aplica; N/A = no aplica.

REQUISITO	Accidente	Enfermedad	Muerte
Responsabilidad del empleador			
Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo FURAT o el que lo sustituya o adicione, debidamente diligenciado por la entidad o persona responsable, o en su defecto, el aviso dado por el representante del trabajador o por cualquiera de los interesados.	X	X	X
El informe del resultado de la investigación sobre el accidente realizado por el empleador conforme lo exija la legislación laboral y seguridad social.	X	N/A	X
Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso o retiro. Si el empleador no contó con alguna de ellas deberá reposar en el expediente certificado por escrito de la no existencia de la misma, caso en el cual la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para la investigación y sanciones a que hubiese lugar	N/A	X	N/A
Contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición.	N/A	X	N/A
Información ocupacional con descripción de la exposición ocupacional que incluyera la información referente a la exposición a factores de riesgo con mínimo los siguientes datos: factores de riesgo, tiempo de exposición, tipo de labor u oficio, jornada laboral, análisis de exposición y uso de herramientas, aparatos equipos o elementos.	N/A	X	N/A
Responsabilidad de las entidades — Primera Oportunidad			
Formulario de solicitud de dictamen diligenciado.	X	X	X
Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente	X	X	N/A
Calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0.	X	X	X
Certificación o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma antes de los quinientos cuarenta (540) días de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.	X	X	N/A
Si el accidente fue grave o mortal, el concepto sobre la investigación por parte de la Administradora de Riesgos Laborales.	X	N/A	X
Copia completa de la historia clínica legible de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no hubiesen tenido la historia clínica, o la misma no esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los Entes Territoriales de Salud, para la investigación e imposición de sanciones a que hubiese lugar.	X	X	X
Conceptos o recomendaciones y/o restricciones ocupacionales si aplica.	X	X	N/A
Registro Civil de Defunción, si procede.	N/A	N/A	X
Acta de levantamiento del cadáver, si procede.	N/A	N/A	X
Protocolo de necropsia, si procede.	N/A	N/A	X
Otros documentos que soporten la relación de causalidad, si los hay.	X	X	X

Accidente: accidente de trabajo o común. Enfermedad: laboral o común. Muerte: del trabajador. El Decreto agrupa los requisitos en estas tres contingencias.

Para cualquier información adicional comunicarse al teléfono 444 94 48 Ext. 101 – 102 – 141
Calle 27 # 46 - 70 Local 225 Centro Integral de Servicios Punto Clave
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábados 8:00 a.m. a 11:00 a.m.
Correo: radicarexpedientes@jrciantioquia.com.co

ANEXO. TARIFAS Y REQUISITOS PARA CALIFICACIÓN

TARIFA DE HONORARIOS / CONCEPTO	En SMMLV	Valor 2026
Honorarios de calificación (Junta Regional) - <i>Art. 2.2.5.1.16 Decreto 1072 de 2015 y su parágrafo</i>	1 SMMLV	\$1.750.905
Víctimas del conflicto armado - <i>Resolución 1040 del 21 de junio de 2022.</i>	3 días de SMMLV	≈ \$175.090
<i>Cuenta para pago de honorarios: Bancolombia Ahorros N.º 37917364231 · Convenio 49100 · Referencia: cédula del paciente.</i>		

REQUISITOS SEGÚN EL TIPO DE CASO – Identifique el que le corresponde y adjunte los documentos indicados

CALIFICACIÓN PARTICULAR	CALIFICACIÓN DE CASOS PARTICULARES EN QUE SE VA A SOLICITAR CALIFICACIÓN DIRECTA (AFP, ARL O EPS) BASADOS EN EL DECRETO 1352/ 2013 ART. 29.	CALIFICACIÓN POR PARTE DE EMPLEADOR
APLICA PARA: * CONDONACIÓN DE DEUDAS * RECLAMACIÓN DE SEGUROS DE VIDA * SUTITUCIÓN DE PENSIÓN * RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO * AFILIACIÓN A LA EPS * PRUEBA ANTICIPADA PARA INICIAR DEMANDA * PENSIÓN ANTICIPADA POR HIJO DISCAPACITADO * AYUDA O INDEMNIZACIÓN POR SER VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO 1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE. 2. Copia del documento de identidad al 150% 3. Copia de la historia clínica completa y legible. 4. Carta a la entidad a la que se le va a solicitar y/o reclamar, notificando el inicio de la calificación en la Junta Regional y ESPECIFICANDO EL MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN. Debe estar firmada por la persona a calificar y tener constancia de recibido (sello de recibido o guía de envío de correo certificado si es fuera de la ciudad). 5. Carta a la Junta manifestando que no ha iniciado trámite de calificación ante otra entidad calificadora, INDICANDO EL MOTIVO POR EL CUAL REQUIERE LA CALIFICACIÓN y firmada por la persona a calificar. 6. Enumerar (foliar) hoja por hoja en la parte superior derecha, con lapicero negro. 7. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV del año en curso. Este soporte se debe adjuntar en original. 8. Para los casos de sustitución de pensión, especificar en la carta dirigida a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, los datos de identificación del pensionado fallecido y anexar fotocopia de la cédula y registro civil de defunción. Notas: 1. Para víctimas del conflicto armado, deben anexar el certificado RUV (registro único de víctimas). 2. Para casos en que las víctimas del conflicto armado reclaman ante el Ministerio de Trabajo o a la Unidad de Víctimas, los honorarios corresponden a 3 días del salario mínimo legal mensual vigente SMLMV, conforme a la Resolución 1040 del 21 de junio de 2022.	APLICA CUANDO: 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 Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia. b) Cuando dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación de la inconformidad, de acuerdo al artículo 142 del Decreto 19 de 2012, las entidades de seguridad social no remitan el caso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia. 1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE. 2. Copia del documento de identidad al 150%. 3. Copia de la historia clínica completa y legible. 4. Carta a la Junta Regional especificando el motivo por el cuál solicita la calificación. 5. Copia del certificado de rehabilitación desfavorable emitido por la EPS. 6. Constancia de solicitud de calificación en primera oportunidad junto con la respuesta negativa emitida por la entidad de seguridad social. (Literal A) 6. Cartas de notificación a la AFP, EPS, ARL o compañía de seguros informando el inicio del trámite de calificación ante la Junta regional (especificar si la base de la solicitud corresponde al literal A o B). 7.Dictamen en primera oportunidad dependiendo del caso (Literal A o literal B). 8.Inconformidad y/o recurso dependiendo del caso (Literal A o literal B). 9. Copia de la notificación del dictamen, dependiendo del caso (Literal A o literal B). 11. Enumerar (foliar) hoja por hoja en la parte superior derecha, con lapicero negro. 12. Adjuntar el soporte del pago de los honorarios realizados por la entidad responsable. PARÁGRAFO 1°. Cuando el trabajador solicitante recurra directamente a la Junta Regional 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 Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, 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. Nota: las juntas no exigirán el cumplimiento de todos los requisitos establecidos en dicho artículo, sino que pedirán a las entidades correspondientes los documentos faltantes.	APLICA CUANDO: *EL EMPLEADOR NO TENÍA AL EMPLEADO AFILIADO A NINGUNA ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE. 1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE. 2. Copia de la Cédula del Representante Legal al 150%. 3. Copia de la historia clínica completa y legible. 4. Copia de la Cámara de Comercio de la empresa 5. Carta dirigida a la Junta Regional por parte del empleador, donde manifieste que se solicita la calificación y manifestando que al momento del accidente el empleado no se encontraba afiliado a la seguridad social, de ser este el caso. 6. Carta por parte del empleado dirigida a la Junta Regional, donde manifiesta que no ha iniciado trámite de calificación ante ninguna otra entidad calificadora, y de ser el caso manifestar que al momento del accidente no se encontraba afiliado a la seguridad social y firmada por la persona a calificar. 7. Enumerar (foliar) hoja por hoja en la parte superior derecha, con lapicero negro. 8. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV del año en curso. Este soporte se debe adjuntar en original.
CALIFICACIÓN POR FISCALIAS		
APLICA PARA: * ACCIDENTES DE TRÁNSITO * LESIONES PERSONALES OCASIONADAS OTRA PERSONA * DEMANDA DE ALIMENTOS 1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE. 2. Copia del documento de identidad al 150%. 3. Copia de la historia clínica completa y legible. 4. Oficio de la Fiscalía dirigido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia nombrándola como perito. 5. Copia del o los Dictámenes de Medicina Legal. 6. Copia del croquis (En caso de ser accidente de tránsito). 7. Copia del SOAT o Informe Policial (En caso de ser accidente de tránsito). 8. Enumerar (foliar) hoja por hoja en la parte superior derecha, con lapicero negro.		
CALIFICACIÓN ENVIADOS POR JUZGADOS PARA REALIZAR PERITAZGO PARA PORTAR COMO PRUEBA A PROCESOS JUDICIALES		
1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE. 2.Oficio del Juzgado dirigido a la Junta Regional nombrándola como perito. 3. Copia del documento de identidad al 150%. 4. Copia de la historia clínica completa y legible. 5. Enumerar (foliar) de manera consecutiva hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro. 6. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV del año en curso. Este soporte se debe adjuntar en original.		
NOTA GENERAL: Para la calificación, no adjuntar medios magnéticos (CD, USB) ni radiografías. Únicamente adjuntar la lectura de los estudios realizados.		
CASOS PARTICULARES POR RECLAMACION DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CUANDO LA ASEGURADORA CALIFICA EN PRIMERA OPORTUNIDAD 1. Formulario de solicitud de calificación diligenciado en su totalidad y LEGIBLE. 2. Copia del documento de identidad al 150%. 3. Dictamen emitido en primera oportunidad. 4. Carta de notificación y constancia de notificación del dictamen en primera oportunidad a las partes interesadas. 5. Controversia o inconformidad en primera oportunidad y constancia de la radicación de la controversia o inconformidad a la entidad quien realizó la calificación. 6. Copia del croquis por ser accidente de tránsito. 7. Copia del SOAT o Informe Policial por ser accidente de tránsito. 8. Conceptos de mejoría médica máxima – que no le proceda ningún tipo de tratamiento. 9. Copia de la historia clínica completa y legible con relación al accidente de tránsito. 10. Resultados de las ayudas diagnósticas. 11. Poder para actuar. 12. Soporte original de pagos de honorarios por valor de un SMMLV del año en curso.	Para cualquier información adicional comunicarse al teléfono: 444 94 48 Ext. 101-102-141 Calle 27 # 46 – 70 Local 225 Centro Integral de Servicios Punto Clave Horario: Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábados 8:00 am a 11:00 pm Correo: radicarexpedientes@jrciantioquia.com.co	