



**ORGANIZACION
CAJURIDICOS
E. U.**

**Briggitti Vera
Villarreal &
ABOGADOS ASOCIADOS**

Señor

**JUEZ VEINTISIETE (27) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. SECCIÓN SEGUNDA
E.S.D.**

Ref: Reforma de la demanda.

Expediente No. : 11001-33-35-027-2022-00431-00
Acción : Nulidad y Restablecimiento del Derecho
Demandante : **JOSE ADRIÁN GUEVARA RUEDA**
Demandado : NACION- MINISTERIO DE DEFENSA – FUERZA AÉREA
COLOMBIANA – TRIBUNAL MÉDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR
Y DE POLICIA

CLAUDIA LILIANA GOMEZ RIVERA, abogada titulada e inscrita, identificada con la cédula de ciudadanía número 37.711.247 expedida en El Playón y con Tarjeta Profesional No. 280.592 del consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada sustituta de la parte actora, con el respeto de siempre, me dirijo a su Despacho, con el fin de Reformar la demanda, lo cual hago en los siguientes términos:

1. Se adiciona el Acápito de “pruebas documentales” en el sentido de allegar la documental relacionada con el numeral 1.15, esto es, la Solicitud de Prueba Anticipada – Calificación pérdida de Capacidad Laboral, Origen y Fecha de Estructuración del señor **JOSE ADRIAN GUEVARA RUEDA** remitida a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá.

ANEXOS DE LA REFORMA DE LA DEMANDA:

- 1- Los documentos relacionados en el acápite anterior.
- 2- Reforma de la demanda para las entidades demandadas con sus respectivos anexos
- 3- Reforma de la demanda para el Ministerio Público con sus respectivos anexos.
- 4- Reforma de la demanda para la Agencia Nacional con sus respectivos anexos.
- 5- Constancia de envío de la solicitud de prueba anticipada ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá.

Del Señor Juez,

Atentamente,

CLAUDIA LILIANA GOMEZ RIVERA

C.C. No. 37.711.247 de El Playón

T.P. No. 280.592 del C.S.J.

Z:\PC1\DIREFORMA DEMANDA\BENJAMIN PAVA.docx



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C.
Reglamentada mediante Decreto 1072 de 2015 - Título 5

FORMATO SOLICITUD PERSONAL DE CALIFICACIÓN
FAVOR DILIGENCIAR AMBAS CARAS DE LA HOJA SEGÚN SU SOLICITUD

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo:	JOSE ADRIÁN GUEVARA RUEDA	
No. Documento: 1.095.841.241	Tipo (X): Cédula <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de nacimiento: Día 04_Mes JUN_Año 1999__	Edad: 23 Años	Género(X): F__M__
Teléfonos: Fijo(s):	Celular(es): 3112537720	
Correo electrónico: organizacioncajuridicos1103@gmail.com		
Dirección de residencia:	Dirección: Barrio: _____ Ciudad: _____	
Dirección de correspondencia: donde alguien debe firmar el recibido	Dirección: Calle 35 No. 19 – 41 Barrio: Centro Ciudad: Bucaramanga	
ENTIDADES A LAS QUE ESTA AFILIADO EL PACIENTE:		
Entidad Promotora de Salud (EPS)	Administradora de Pensiones (AFP)	Administradora de Riesgos Laborales (ARL)

CERTIFICACIÓN NO CALIFICACION PREVIA:

Yo (nombre del paciente o persona responsable, autorizado o apoderado*) CLAUDIA LILIANA GOMEZ RIVERA, identificado(a) con CC No. 37.711.247 expedida en El Playón, bajo la gravedad de juramento, **certifico que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta de Calificación de Invalidez por el mismo motivo o causa.** En caso de contar con una calificación previa realizada por cualquier administradora o Junta, adjunto dicha calificación a la presente

Firma  _____

***IMPORTANTE: En caso de no ser firmada la certificación por el paciente, deberá adjuntar el poder o la autorización debidamente legalizada y/o el documento que faculte como curador del paciente a la persona que firma, además de copia de la fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del curador, autorizado o del abogado, este último además debe remitir copia de tarjeta profesional.**

TRÁMITE PARA EL QUE REQUIERE LA CALIFICACIÓN. Por favor marque con una **X** la opción que corresponde al trámite que requiere adelantar:

Sustitución pensional. Debe registrar a continuación el nombre y cédula de la persona que dejaría el beneficio al paciente: Nombre y Cédula:	
Reclamación de seguro. (SOAT, Seguros de Vida)	
Condonación de deuda.	
Prueba anticipada. Debe completar requisitos especificados en tabla No. 1 de la hoja siguiente y aportar escrito aparte donde explique ampliamente los hechos que motivan la solicitud.	X
Víctimas de conflicto armado. Debe completar requisitos especificados en la tabla No. 2 de la hoja siguiente.	



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C.
Reglamentada mediante Decreto 1072 de 2015 - Título 5

En caso de trámites para seguro, condonación o sustitución, deberá precisar los datos de la entidad ante la que se hará reclamación:

Nombre de la entidad	
Dirección, ciudad, Teléfono de la entidad	

Tabla No. 1. Prueba anticipada

De conformidad con el numeral 3, del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1072 de 2015 “*las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos...*” De acuerdo con lo anterior, por favor especifique:

Interés jurídico para solicitar la calificación	PERDIDA DE CAPACIDAD POR ACCIDENTE – QUE SE DECLARE NULIDAD DE Acta de Junta Médica Laboral No. 096- 2021JEFSA del 29 de junio de 2021
Finalidad (uso) del dictamen	APORTARLO COMO PRUEBA ANTICIPADA DENTRO DE PROCESO DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO 11001-33-35-027-2022-00431-00
Demás partes interesadas o afectadas con la calificación	MINISTERIO DE DEFENSA

Tabla No. 2. Víctimas de conflicto armado

Aportar el certificado de inclusión en el Registro Único de Víctimas (RUV).	Aportar historia clínica que acredite el nexo causal entre las patologías que presenta con los actos violentos propios del conflicto armado interno.
Aportar comprobante de pago correspondiente a tres -3- días de salario mínimo legal mensual vigente al año en que se radique solicitud. <i>Decreto 1040 del 21 junio 2022.</i>	Adicionalmente, debe cumplir con los requisitos que le apliquen según lo que a continuación (ver abajo) se enuncia.

REQUISITOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE A ESTE FORMATO, DEBIDAMENTE LEGAJADOS Y FOLIADOS:

(Antes de radicar, verifique la Junta Regional competente según su lugar de domicilio)

- Formato de solicitud **PERSONAL** de calificación, debidamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del paciente, ampliada al 150%.
- Copia con radicado, del oficio presentado ante las entidades aseguradoras involucradas en el trámite, mediante el cual se les informa sobre la solicitud de calificación ante esta Junta (**NO APLICA PARA PRUEBA ANTICIPADA, NI VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO**).
- Recibo de consignación de los honorarios que genera la calificación (Artículo 2.2.5.1.16, del Decreto 1072 de 2015): Banco Colpatria, cuenta de ahorros No. 482202288 5, a nombre de la Junta de Invalidez Bogotá, por valor de un salario mínimo mensual vigente, que corresponda para el año en el que se presenta la solicitud de calificación. ***En el formato de consignación del banco, en la Referencia 1 escribir el número del documento de identificación del paciente. (SOLO PARA VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO: PAGARAN EL VALOR CORRESPONDIENTE A TRES -3- DIAS DEL SMLMV. DEC. 1040 21 JUNIO 2022).***
- Fotocopia de la historia clínica completa del paciente, exámenes, pruebas diagnósticas y demás documentos que soporten el o los diagnósticos a calificar, su tratamiento y estado actual (**valoraciones recientes**).
- Fotocopia de calificación previa (solo para casos en que se cuente con una calificación previa de cualquier Junta o administradora).

NOTA 1: CUANDO LA JUNTA REGIONAL ACTÚA EN ESTOS CASOS (SUSTITUCIÓN PENSIONAL, RECLAMACIÓN DE SEGURO, CONDONACIÓN DE DEUDA Y PRUEBA ANTICIPADA), LO HACE EN CALIDAD DE PERITO Y CONFORME LO ESTABLE EL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 2.2.5.1.1 DEL DECRETO 1072 DE 2015, **NO PROCEDE LA INTERPOSICIÓN DE RECURSOS.**

NOTA 2: LA CALIFICACIÓN OBEDECE A LO SEÑALADO EN LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN PROCEDENTES, RAZÓN POR LA CUAL EL HECHO DE QUE REALICE EL PAGO DE LOS HONORARIOS NO GARANTIZA QUE VA A OBTENER EL RESULTADO QUE PRETENDE.

NOTA 3: EN CASO DE DESISTIR DE LA CONTINUACION DEL PROCESO, EL PAGO DE HONORARIOS SERÁ DEVUELTO EN UN 60%, CONFORME CON LOS PREVISTO EN EL Artículo 2.2.5.1.31 Dec 1072/15.



Servientrega S.A NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C. Colombia Av Calle 6 No 34 A - 11. Somos
Grandes Contribuyentes Resolución DIAN 12220 Diciembre 26/2022. Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DDI-023769 Nov 29/2021). Autorretenedores Resol DIAN 09698 de Nov
24/2003. Responsables y Retenedores de IVA. Autorización de Numeración de Facturación
18764039414491 DEL 11/10/2022 AL 5/10/2024 PREFIJO C865 DEL No. 20001 AL No. 35000

Cód. CDS/SER: 1 - 15 - 71

Fecha: 16 / 03 / 2023 15:55

Fecha Prog. Entrega: 17 / 03 / 2023



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.: C865 20218

GUIA No.: 9157996615

CLLE 35 19 41 OFC 1103 TRR SUR LA TRIADA

FIRMA DEL REMITENTE
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

**BOG
10
A05**

MERCANCIA PREMIER PZ: 1

Ciudad: **BOGOTA**

CUNDINAMARCA

F.P.: **CONTADO**

NORMAL

M.T.: **TERRESTRE**

CALLE 50 # 25-37 BOGOTA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BOGOTA Y
CUNDINAMARCA

Tel/cel: 3336186468 D.I./NIT: 3336186468

Pais: COLOMBIA Cod. Postal: 111311243

e-mail: NA@GMAIL.COM

Dice Contener: DTOSS

Obs. para entrega:

Vr. Declarado: \$ 100.000

Vr. Flete: \$ 0

Vr. Sobreflete: \$ 2.000

Vr. Mensajería expresa: \$ 18.500

Vr. Total: \$ 20.500

Vr. a Cobrar: \$ 0

Vol (Pz): 36.00 / 25.00 / 3.00 Peso Pz (Kg):

Peso (Vol): 1.00 Peso (Kg): 3.00

No. Remisión: SE0000054129166

No. Bolsa seguridad:

No. Sobreporte:

Guía Retorno Sobreporte:

Quien Recibe:

ELSA VICTORIA DELGADO MENDOZA

DG-6-CL-40M-F-46 V.4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.: C865 20218

GUIA No.: 9157996615

CLAUDIA GOMEZ

Tel/cel: 3112537720

Ciudad: BUCARAMANGA

País: COLOMBIA

Email: NOTIENE@HOTMAIL.COM

Cod. Postal: 680006404

Dpto: SANTANDER

D.I./NIT: 37711247



GUÍA No. 9157996615



REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
CUFE
38d2790fca33d4112a6ebc9f3c75898395fc75e89d2cdfab1d50fb05cb81a7fa3bb9c3cbb
b259c7491ae29294613656d
Proveedor de Factura electrónica: Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Sis-fe-
860512330



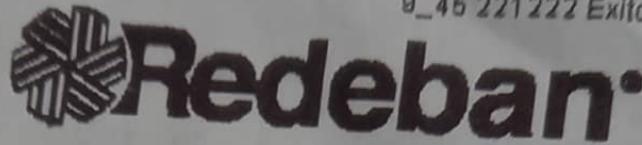
El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las carteleras
ubicadas en los Centros de Soluciones, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido cláusular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo
declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y
recursos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

Ministerio de Transporte. Licencias No. 805 de Marzo 5/2001 MINITC. Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010

REMITENTE

JOSE ADELAN
GUEVARA

9_45 221222 Exito



MAR 15 2023 16:34:38 RBMICT 9.45

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
EXITO TUNJA
CRA 11 18-28

C. UNICO: 0011175270

RECIBO: 007707

TER: 75270029

RRN: 009353

APRO: 858698

RECARGA

EQUI

no celular: 3016876544

VALOR \$ 1.160.000

Bancolombia es responsable por los servicios
prestados por el CB. El CB no puede prestar
servicios financieros por su cuenta. Verifique
que la informacion en este documento este
correcta. Para reclamos comuniquese al
018000912345. Conserve esta tirilla como
soporte.

*** CLIENTE ***