

Informe secretarial: Paso a despacho el presente proceso hoy 02 de diciembre de 2021, informándole al señor Juez que por correo 472 se recibió el día 30 de noviembre del presente año, proveniente de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, escrito y anexos en donde hace devolución de la solicitud de calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral a realizarse a la demandante por encontrar inconsistencias en la solicitud.

  
Braya Lorena Cardeño García  
Secretaria



**JUZGADO PROMISCO DEL CIRCUITO**

Segovia-Antioquia, dos de diciembre de dos mil veintiuno

RADICADO N°	057363189001 2018-00139-00
REFERENCIA	LABORAL PRIMERA INSTANCIA
DEMANDANTE	MARÍA LUZ DARY MONTOYA DE ARIAS
DEMANDADO	ARBEY RESTREPO RESTREPO
AUTO No. 361-148	Pone en conocimiento de la parte demandante escrito devolutivo de la Junta Regional de Calificación de Invalidez

Observado el informe secretarial que antecede, se pone en conocimiento de la parte actora el escrito proveniente de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, en donde hace devolución de la solicitud de calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral requerida por este Despacho mediante el oficio No. 581 del 27 de septiembre de 2021.

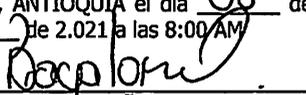
Como quiera que dicha prueba pericial fue decretada a la parte demandante por la Sala Laboral del Tribunal Superior de Antioquia en providencia del 20 de agosto de 2021, siendo indispensable la misma para dar inicio a la audiencia de que trata el artículo 80 del CPT y SS. Mod. L. 1149/2007 -Audiencia de trámite y juzgamiento-, la parte demandante deberá subsanar las inconsistencias expuestas por la Junta en el menor tiempo posible.

**NOTIFÍQUESE**

**DUVAN ALBERTO RAMIREZ VASQUEZ**  
Juez

CERTIFICO

Que el auto anterior fue notificado por ESTADO N° 116  
Fijado en el sitio web del JUZGADO PROMISCUO DEL  
CIRCUITO DE SEGOVIA, ANTIOQUIA el día 08 del mes  
de Diciembre de 2.021 a las 8:00 AM



BRAYA LORENA CARDEÑO GARCIA  
Secretaria



Junta Regional de Calificación  
de Invalidez de Antioquia

JRCIA-Rp No. 01832-21

Medellín, 10 de noviembre del 2021

Señora  
**BRAYA LORENA CARDEÑO GARCIA**  
Dirección: cra 49 nª 50-36 piso 2 edificio la cascada  
Teléfono: 8314315  
Segovia-Antioquia

**REFERENCIA:** Devolución de solicitud de calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral.

La solicitud de calificación que ustedes enviaron para que la Junta Regional de Calificación decida controversia sobre el Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral, se devuelve por las inconsistencias encontradas en el expediente y las cuales se exigen para proceder con la radicación del expediente, según decreto 1352 de 26 de junio de 2013 así:

**Falta el formulario de solicitud de calificación de la junta regional completamente diligenciado con toda la información actualizada del paciente (se anexa)**

**Falta la fotocopia de la cedula del paciente**

**Falta el comprobante de pago de honorarios equivalente a un salario mínimo(en la parte de atrás del formulario se encuentra resaltado toda la información del pago)**

Cordialmente,

**SAMUEL ROBERTO VASQUEZ**  
Director Administrativo y Financiero  
A.P.R.

JUZGADO PROMISCUO DEL CIRCUITO  
Segovia - Antioquia  
El presente escrito fue recibido hoy  
30 noviembre 2021  
D. C. N. de la Corte del (C. 100, 47)  
El Secretario \_\_\_\_\_



Junta Regional de Calificación  
de Invalidez de Antioquia

FECHA DE SOLICITUD							
DIA	MES	AÑO					
<b>1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE REMITE EL EXPEDIENTE O A LA CUAL SE LE VA A RECLAMAR</b>							
NOMBRE DE LA ENTIDAD							
DIRECCION DE LA ENTIDAD							
TELEFONO DE LA ENTIDAD							
CIUDAD Y DEPARTAMENTO							
<b>2. DATOS DE LA PERSONA QUE SE VA A CALIFICAR</b>							
NOMBRES Y APELLIDOS							
TIPO DE IDENTIFICACION	REGISTRO CIVIL (NUIP)	TI	CC	CE	NUMERO EXPEDIDA EN		
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO		SEXO	F	M
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	DIVORCIADO	VIUDO		
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIO	TNCO	TNLGO	OTROS
TELEFONO FIJO Y/O CELULAR							
DIRECCION RESIDENCIA O DE CORRESPONDENCIA							
BARRIO			MUNICIPIO				
EPS			TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO			
FONDO PENSION				CONTRIBUTIVO			
ARL				SUBSIDIADO			
<b>3. MARQUE CON UNA (X) QUE SE SOLICITA CALIFICAR</b>							
PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL (%PCL)			DETERMINAR ORIGEN	PARA QUE REQUIERE LA CALIFICACION			
FECHA DE ESTRUCTURACION			REVISION CALIFICACION DERECHO PENSIONAL	YA A SIDO CALIFICADO ANTERIORMENTE EN LA JUNTA REGIONAL DE ANTIOQUIA	SI	NO	
<b>4. DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O EMPLEADOR</b>							
NOMBRE DE LA EMPRESA							
DIRECCION DE LA EMPRESA			BARRIO				
			CIUDAD				
TELEFONO FIJO Y/O CELULAR							
<b>5. PERSONA RESPONSABLE DE ENTREGAR EL EXPEDIENTE A LA JUNTA REGIONAL</b>							
NOMBRES Y APELLIDOS							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			PARENTESCO				
TELEFONO FIJO Y/O CELULAR							
FIRMA			NUMEROS DE FOLIOS ENTREGADOS				

## DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN SEA EL CASO

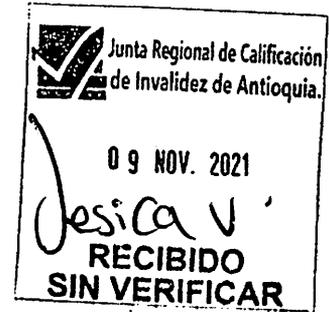
DOCUMENTOS PARA CALIFICACION PARTICULAR <b>1</b> APLICA PARA:	DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN POR PARTE <b>2</b> DEL EMPLEADOR APLICA PARA:	DOCUMENTOS PARA CALIFICACION FISCALIAS <b>3</b> APLICA PARA:
<ul style="list-style-type: none"> <li>* CONDONACION DE DEUDAS</li> <li>* RECLAMACION DE SEGUROS DE VIDA</li> <li>* OBTENER SUBSIDIOS DE CAJAS DE COMPENSACIÓN</li> <li>* SUTITUCION DE PENSIÓN</li> <li>* AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL (EPS)</li> <li>* RECLAMACION DE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE DE TRANSITO</li> <li>* PARA PRUEBA ANTICIPADA PARA INICIAR DEMANDA</li> <li>* PARA AYUDA O INDEMNIZACIÓN POR SER VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO</li> <li>* PARA PENSION ANTICIPADA POR HIJO DISCAPACITADO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL DISCAPACITADO PARA OBTENER BENEFICIOS TRIBUTARIOS Y LICITAR.</li> <li>* SI EL EMPLEADOR NO TENIA AL EMPLEADO AFILIADO A NINGUNA ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE.</li> </ul>	<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 calificacion 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 informandoles para que se requiere dicha calificación (CONDONACION DE DEUDA, ETC), 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 guia de envio, 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 calificacion e informando que la calificacion se requiere para (CONDONACION DE DEUDA, ETC) y firmada por la persona a calificar.</li> <li>5. Copia de la historia clinica completa legible.</li> <li>6. Enumerar 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 \$ 908,526 este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia. <b>NOTA( LA CONSIGNACION SE DEBE REALIZAR CON EL NUMERO DE LA CEDULA DEL PACIENTE)</b> Cuenta Ahorros / Bancolombia N° 37917364231 / Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificacion diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>3. Carta dirigida a la Junta Regional por parte del empleador donde manifieste que se solicita la calificacion para beneficios tributarios de ser el caso o manifestando que al momento del accidente el empleado no se encontraba afiliado a seguridad social de ser este el caso.</li> <li>4. Carta por parte del empleado dirigida a la Junta Regional donde manifiesta que no ha iniciado tramite de calificacion 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>5. Copia de la Camara de Comercio de la empresa.</li> <li>6. Copia de la cedula del representante legal al 150%.</li> <li>7. Copia de la historia clinica completa legible.</li> <li>8. Enumerar hoja por hoja en la parte superior</li> <li>9. Realizar el pago de los honorarios por valor de un SMMLV del año en curso, el cual equivale a un valor de \$908,526, este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia. Cuenta Ahorros / Bancolombia N° 37917364231 / Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificacion diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Oficio de la Fiscalia dirigido a la Junta Regional nombrandola 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 transito)</li> <li>6. Copia del SOAT o Informe Policial (en caso de ser accidente de transito)</li> <li>7. Copia de la historia clinica completa legible.</li> <li>8. Enumerar hoja por hoja en la parte superior derecha con lapicero negro.</li> </ol>
<p><b>DOCUMENTOS PARA CALIFICACION ENVIADOS JUZGADOS</b></p> <p><b>4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* PARA REALIZAR PERITAZGO PARA APORTAR COMO PRUEBA A PROCESOS DE DEMANDAS</li> </ul>	<p><b>DOCUMENTOS PARA CALIFICACIÓN PARA 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.</b></p> <p><b>5</b></p>	<p><b>DOCUMENTOS PARA REVISION DE CALIFICACION PARA DERECHOS PENSIONALES, SOLICITADA POR EL FONDO EN EL QUE ESTA PENSIONADO</b></p> <p><b>6</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificacion diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Oficio del Juzgado dirigido a la Junta Regional nombrandola como perito.</li> <li>3. Copia del documento de identidad al 150%</li> <li>4. Copia de la historia clinica completa legible.</li> <li>5. Enumerar 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 del año en curso, el cual equivale a un valor de \$ 908,526 este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia. Cuenta Ahorros / Bancolombia N° 37917364231 / Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</li> </ol> <p>Para los casos por amparo de pobreza, nos permitimos aclarar que la Junta Regional no tiene facultad legal para exonerar a los pacientes del pago de honorario para la calificación, por cuanto los integrantes calificadores de la junta no tienen vinculación laboral co+B1:0206n la misma y en consecuencia no reciben salario, solo recibe un porcentaje del valor de los honorarios que pagan las entidades o personas particulares para la calificación de los pacientes como contraprestación por la actividad que realiza la Junta Regional de Calificación de Invalidez, razón por la cual no podemos acceder a su solicitud en cuanto a exonerarlo del pago de los honorarios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificacion diligenciado en su totalidad y LEGIBLE</li> <li>2. Carta a la Junta especificando porque solicita calificacion directa.</li> <li>3. Copia del documento de identidad al 150%</li> <li>4. Copia del certificado de rehabilitacion desfavorable emitido por la EPS.</li> <li>5. Cartas de notificacion a la (AFP, EPS, ARL, COMPAÑIA DE SEGUROS), donde les manifiesta que iniciara tramite de calificacion ante la Junta Regional (Especificar cual es literal en que se basan para solicitar calificacion 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 clinica 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 reaizados por la entidad responsable de este.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de solicitud de calificacion diligenciado en su totalidad y LEGIBLE.</li> <li>2. Copia del documento de identidad al 150%</li> <li>3. Anexar la carta de la entidad donde le solicita a la persona realizarse la revisión de calificación para seguir obteniendo el beneficio de pensión por invalidez.</li> <li>4. Copia ultimo dicamen de revision de calificación.</li> <li>5. Copia de la historia clinica de los ultimos 3 años</li> <li>6. Enumerar hoja por hoja en la parte superior derecha y 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 \$908,526, este soporte se debe adjuntar en original y realizada en oficina de Bancolombia Cuenta Ahorros/ Bancolombia N° 37917364231 / Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente) Cuenta Ahorros/ Bancolombia N° 37917364231 / Convenio 49100 / Referencia (Cedula del paciente)</li> </ol>
<p><b>NOTA</b></p> <p><b>PARA LOS CASOS QUE SON POR VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO DEBEN ANEXAR EL CERTIFICADO RUV (REGISTRO UNICO DE VICTIMAS)</b></p>		
<p><b>NO ADJUNTAR MEDIOS MAGNETICOS (CD, USB) NI RADIOGRAFIAS</b></p>		
<p>Para cualquier información puede comunicarse al telefono 444 94 48 Ext. 101 y 102</p> <p>Calle 27 46 – 70 Local 225 Centro Integral de Servicios Punto Clave Barrio Colombia – Medellín</p> <p>Horario Radicacion Expedientes L-V 8:00am a 4:00pm radicacionjuntaregional@gmail.com</p>		



## JUZGADO PROMISCOU DEL CIRCUITO

Segovia, 27 de septiembre de 2021

OFICIO N° 581



Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA

Centro Integral de Servicios PUNTO CLAVE

Calle 27 # 46-70 / Teléfono (+574) 261 15 36

Medellín.

Ref.: Proceso Ordinario Laboral  
Rad. No. 057363189001 2018 00139 00  
Dte.: María Luz Dary Montoya de Arias  
Ddo.: Arbey Restrepo Restrepo

En cumplimiento a lo ordenado mediante providencia fechada 17 de septiembre de 2021, emitido dentro del proceso Ordinario Laboral de la referencia promovido por la señora MARÍA LUZ DARY MONTOYA DE ARIAS en contra de ARBEY RESTREPO RESTREPO, se les solicita para que obre como prueba pericial requerida por la parte demandante, practicar valoración médica -calificación integral- a la demandante MARÍA LUZ DARY MONTOYA DE ARIAS quien se identifica con la C.C. No. 39.385.389, a fin de esclarecer su disminución laboral, clase de invalidez y estado de motricidad. Se advierte que la demandante goza de amparo de pobreza.

Se anexa toda la historia clínica aportada como prueba documental en la demanda por la actora, así como copia del auto emitido por la Sala Laboral del T.S.A. el 20 de agosto de 2021 y copia del auto fechado 17 de septiembre de 2021.

La señora MARÍA LUZ DARY MONTOYA DE ARIAS se puede ubicar en la calle 49 No. 17 B 55 de Medellín, abonado telefónico 313 528 51 00, correo electrónico [danielacmontoya123@gmail.com](mailto:danielacmontoya123@gmail.com), o a través de su apoderado judicial nombrado en amparo de pobreza el abogado Javier Alejandro Jiménez Gómez ubicable en el celular 312 239 1014, correo electrónico [jalejo339@gmail.com](mailto:jalejo339@gmail.com)

República de Colombia



Juzgado Promiscuo del Circuito  
Segovia - Antioquia

Al contestar favor referirse al radicado Nro. 2018 00139 00

Cordialmente,

SECRETARIA

  
BRAYA LORENA CARDEÑO GARCIA  
Secretaria