



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACION		
Fecha de la Solicitud: 20-8-24		
DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE		
Nombre de la Entidad Remitente: Municipio de Santiago de Cali		
Dirección: Torre Alcaldía Piso 9 departamento administrativo de Gestión Judicial		Ciudad: Cali
Correo Electrónico: notificacionesjudiciales@cali.gov.co		
No.(s) de Celular (es): 312 899 7073 (obligatorio)		Número de Folios: 42
Descripción de documentos anexos: Historia Clínica		
DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA		
Apellidos: Franco Ospina		Nombres: Claudia Patricia
Tipo de Documento de Identidad: CC		Número: 1244145373
Expedido en: Cali		
Fecha de Nacimiento: 20-12-1990		Edad: 33a Género: F
Dirección: (obligatorio) Calle 72B #28E-47		Ciudad o Municipio de RESIDENCIA DE LA PERSONA OBJETO DEL DICTAMEN: (campo-obligatorio) Cali
Teléfono:		Celular: (campo-obligatorio) 3158387544
Correo electrónico: (campo obligatorio) Claufraos@outlook.es		
Estado Civil: Casado(a) () Soltero (a) <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre () Viudo (a) () Separado (a) ()		
Escolaridad: Primaria () Secundaria () Universidad <input checked="" type="checkbox"/> Analfabeta () Otro ()		
DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA (ACTUAL)		
Nombre de la Empresa: Fundación Valle del Lili		
Dirección: Cra 98 #18-4a		Ciudad: Cali
Teléfono: 3319090		
Correo electrónico:		
Cargo Actual: Auxiliar de enfermería		
Actividad económica del empleador: Institución prestadora de salud		
MOTIVO DE REMISION		
1	<input checked="" type="checkbox"/>	CALIFICACION DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
2		CALIFICACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ
3		CALIFICACION DEL ORIGEN
4		REVISION DE LA CALIFICACION (APORTAR DICTAMEN PREVIO/ CALIFICACIÓN ANTERIOR)
5		OTRO - ESPECIFIQUE:
VINCULACIONES		
Entidad de seguridad o previsión social a que está afiliado actualmente:		Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>
Beneficiario ()		
EPS: Coosalud		
ARL: Sur		
FONDO DE PENSIONES: Protección		
ASEGURADORA SEGURO PREVISIONAL:		
DESVINCULADO LABORALMENTE DESDE:		
CONSTANCIA		
Dejo constancia de que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta por el mismo motivo o causa.		
RESPONSABLE DE LA REMISION		
Nombre y apellidos: Martha Lucia Ramirez Quiñonez		
Documento de Identidad: 39620172		
Cargo: Abogada departamento Administrativo de Gestión Judicial pública		
Correo Electrónico: notificacionesjudiciales@cali.gov.co		
No. Celular y/o teléfono de contacto: 3128997073		

Julieta Barco Llanos

Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera
Calle 5E No. 42 - 44 Barrio Tequendama, Santiago de Cali PBX: 5531020
Cuenta Ahorros: 017300102021 Banco Davivienda
Página web: www.juntavalle.com – Correo: expedientes@juntavalle.com