



DOCUMENTOS PARA INICIAR EL TRAMITE DE RECLAMACION



Documentos que ya tienes

- Documento identificación (CC. CE. PTP)
- Copia del SOAT (si lo tiene)
- Declaración donde exprese bajo juramento sus condiciones socioeconómicas (anexo ejemplo)

Documentos que puedes pedir en la Clínica

- Copia de la historia clínica (completa)
- Copia del formulario FURISP

Documentos que te suministramos

- Poder Indemnización (Autenticado*)
- Poder Tutela
- Formulario Junta Regional
- Autorización acceso historia clínica

Contáctanos para responder cualquier inquietud y hacer fácil el diligenciamiento.

¡ Y recuerda, no pagues mas del 25% de honorarios !



311 6261095 - 311 2103326 - 320 8558551



reclamatuindemnizacionsoat@gmail.com - sla.reclamaciones.soat@gmail.com



@sla.consultores



slaabogados.com

Señores

SEGUROS _____

Ref. **PODER INDEMNIZACIÓN**

_____, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, en calidad de lesionado(a) y víctima de accidente de tránsito y por lo tanto cobijado por la Póliza de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidente de Tránsito SOAT, con el debido respeto, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a DAIRO ALEJANDRO LIZARAZO CAICEDO, abogado en ejercicio identificado con cédula de ciudadanía No. 79.392.387 de Bogotá y portador de la Tarjeta Profesional No. 266.649 del C.S. de la J. y/o a la firma SLA ABOGADOS CONSULTORES SAS, con Nit. 901.332.563, para que en mi nombre y representación inicie, tramite y lleve hasta su terminación las gestiones necesarias para reclamar y recibir en mi nombre la INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE a que tengo derecho, con motivo del accidente de tránsito ocurrido el día _____, en el que se vio involucrado el vehículo automotor tipo: _____ de placa _____, amparado con la póliza SOAT vigente expedida por _____ para el momento de los hechos, conforme con los documentos y requisitos que se presentan con la reclamación.

Autorizo expresamente al Asegurador a realizar el pago de la INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE a nombre de la firma SLA ABOGADOS CONSULTORES SAS, y que el título valor cheque o transferencia sea girado a su nombre sin ninguna restricción.

Mi apoderado queda expresamente facultado para solicitar que se me califique, recibir en mi nombre el pago, desistir, transigir, renunciar, sustituir, reasumir el presente mandato, designar y remover apoderados suplentes, firmar, cobrar a su nombre, gestionar, presentar tutela, notificarse de glosas y/u objeciones presentadas por el asegurador y las demás facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso y en general hacer todo cuanto sea legal y procedente para la defensa de mis intereses, sin que pueda decirse en momento alguno que actúa sin poder suficiente.

Atentamente,

Acepto,

Firma _____

Nombre _____

C.C. No. _____

DAIRO ALEJANDRO LIZARAZO CAICEDO

C.C. No. 79.392.387 de Bogotá

T.P. No. 266.649 del C.S. de la J.

Notificación: sla.reclamaciones.soat@gmail.com

Señor(a)
JUEZ MUNICIPAL DE BOGOTÁ (Reparto)
E. S. D.

Ref. **PODER TUTELA**

_____, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, manifiesto que otorgo poder especial, amplio y suficiente al Doctor DAIRO ALEJANDRO LIZARAZO CAICEDO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.392.387 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio, con tarjeta profesional No. 266.649 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presente ante Usted, ACCIÓN DE TUTELA CONTRA _____, para buscar la protección a mis derechos fundamentales **AL DEBIDO PROCESO, A LA IGUALDAD, A LA SALUD, A LA SEGURIDAD SOCIAL Y A LA PROTECCIÓN A LOS DISMINUIDOS FÍSICOS**, quedando además facultado para presentar impugnación si lo considera necesario, además para presentar escritos, peticiones de revisión, presentar incidentes, revisar el expediente y solicitar copias, al igual que se notifique en mi nombre de los correspondientes fallos.

Mi apoderado queda facultado en los términos de este mandato y conforme a lo establecido en el artículo 77 del Código General del Proceso para recibir, desistir, transigir, sustituir, conciliar, reasumir el presente memorial poder, además para tener acceso al expediente, solicitar copias, información, presentar memoriales o escritos petitorios y todas las demás actuaciones que la ley válidamente le permita para la defensa de todos mis derechos e intereses.
(LO ESCRITO A MANO VALE)

Atentamente,

Acepto,

Firma _____

DAIRO ALEJANDRO LIZARAZO CAICEDO

Nombre _____

C.C. No. 79.392.387 de Bogotá

T.P. No. 266.649 del C.S. de la J.

dairolizarazo66@gmail.com

C.C. No. _____

Notificación: sla.reclamaciones.soat@gmail.com

El presente poder se ajusta conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Ley 2213 de 2022, ley 564 de 2012 y demás normas al respecto.

AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

_____, identificado como aparece al pie de mi firma y teniendo como referente lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a los prestadores de servicios de salud responsables de la custodia y reserva de mi historia clínica, para que permitan el acceso a mi historia clínica a _____ y a las entidades que intervengan en el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral como consecuencia de las lesiones sufridas en accidente de tránsito el día _____.

De manera expresa declaro que conozco y acepto que la calificación de pérdida de capacidad laboral, se emite conforme al Manual Único de Calificación para la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional vigente, y ésta solo será válida para la reclamación de la indemnización por incapacidad permanente con cargo a la póliza SOAT No. _____, expedida por _____, en los términos del Capítulo 4 del Decreto 780 de 2016 *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud”*, normatividad que incorporó el decreto 056 de 2015.

Autorizo que las calificaciones o dictámenes me sean notificados a través de correo electrónico.

Firma: _____

Documento: _____

Correo electrónico: sla.reclamaciones.soat@gmail.com

Celular: _____

Ciudad: _____

Fecha: _____

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

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo			
No. Documento		Tipo: Cédula_____ Tarjeta de Identidad_____	
		Registro_____ Civil_____ Otro: _____	
Fecha de nacimiento: Día____ Mes____ Año _____		Edad: _____	Género: F ____ M ____
Teléfonos: Fijo:		Celular:	
Dirección de residencia:	Dirección:		
	Barrio: Ciudad:		
Dirección de correspondencia:	Dirección:		
debe haber alguien que firme el recibido	Barrio: Ciudad:		
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*) _____, Identificado(a) con CC No. _____, 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 solicitud.

Firma_____

***En caso de no ser firmada la certificación por el paciente, favor adjuntar el poder o la autorización debidamente legalizada y/o el documento que faculta como curador del paciente a la persona que firma, caso en el cual deberá aportarse además: fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del curador o del autorizado, y tarjeta profesional del apoderado.**

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

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



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

DATOS DE LA ENTIDAD ANTE LA QUE SE HARÁ RECLAMACIÓN DE SEGURO, CONDONACIÓN O SUSTITUCIÓN:

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	
Finalidad (uso) del dictamen	
Demás partes interesadas o afectadas con la calificación(Persona Jurídica o Natural contra quien se iniciará acción judicial o administrativa)	

Tabla No. 2. Víctimas de conflicto armado

1. Aportar el certificado de inclusión en el Registro Único de Víctimas (RUV).
2. Aportar historia clínica que acredite el nexo causal entre las patologías que presenta con los actos violentos propios del conflicto armado interno.
3. Conforme lo señala el Artículo 2.2.5.1.16 del Decreto 1072 de 2015 las Juntas deben percibir anticipadamente el equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente por cada dictamen.
4. Adicionalmente cumplir con los requisitos que se enuncian a continuación.

REQUISITOS QUE SE DEBEN ANEXAR, DEBIDAMENTE LEGAJADOS Y FOLIADOS:

(Sugerimos verificar la Junta Regional competente según su lugar de domicilio acorde con la Resolución No 4726 de 2011)

- a. Formato de solicitud personal de calificación, debidamente diligenciado.
- b. Fotocopia del documento de identidad del paciente, ampliada al 150%.
- c. 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**).
- d. 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, favor marcar la casilla denominada “RECAUDO EMPRESARIAL”, con el fin de identificar contablemente el pago y en la Referencia 1, escribir el número del documento de identificación del paciente.***
- e. 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)**.
- f. 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.

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO**



Entre la persona natural que firma el presente contrato y se identifica en forma particular en la parte inferior de este documento, que de ahora en adelante se denominará EL MANDANTE y por otro lado OSMAN RODRIGO ALBARRACÍN FONSECA Y/O DAIRÓ ALEJANDRO LIZARAZO CAICEDO, identificados como aparece al pie de su firma, actuando como representantes legales de la firma SLA ABOGADOS CONSULTORES SAS, con NIT. 901332563-8, que en lo sucesivo se designará como EL MANDATARIO, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regula por las cláusulas que a continuación se expresan: PRIMERA. - EL(LA) MANDANTE contrata los servicios profesionales de EL MANDATARIO, quien lo ejercerá comprometiéndose éste a realizar todas y cada una de las actividades que desde el punto de vista profesional considere pertinentes y necesarias para defender los intereses de EL(LA) MANDANTE, en especial la representación jurídica ante las aseguradoras en los trámites necesarios para reclamar y recibir la INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE a la que EL MANDANTE tiene derecho, con motivo del accidente de tránsito ocurrido el en la fecha descrita en este documento, en el que se vio involucrado el vehículo automotor descrito y amparado con la póliza SOAT vigente para el momento de los hechos, tal como se relaciona más adelante. SEGUNDA. - EL(LA) MANDANTE se obliga a suministrar oportunamente los datos y documentos necesarios a fin de obtener la efectividad de los derechos pretendidos y se hace responsable de la veracidad de la información y autenticidad de los documentos aportados. - PARÁGRAFO. - EL(LA) MANDANTE se obliga a comunicarse vía telefónica, correo electrónico, desde el sitio web slaabogados.com o la oficina física para informarse sobre la gestión encomendada de la respectiva reclamación, sin ser necesaria la comunicación escrita y/o personal, por cuanto no sufragara dinero inicial para papelería, transporte, correo, llamadas telefónicas o similares. TERCERA. - HONORARIOS: EL (LA) MANDANTE se obliga a pagar AL MANDATARIO, a título de Honorarios Profesionales por los servicios de que trata la cláusula primera, el monto equivalente al VEINTICINCO POR CIENTO (25%) DEL TOTAL DE LOS DINEROS RECONOCIDOS POR LA ASEGURADORA a título de INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE. PARÁGRAFO 1.- Los honorarios se cobrarán sobre todo el Capital reconocido por la aseguradora al MANDANTE. PARÁGRAFO 2.- Al valor de los honorarios se le adicionará el porcentaje correspondiente al Impuesto de I.V.A. y demás gastos básicos. CUARTA. - EL (LA) MANDANTE autoriza expresamente al Asegurador a realizar el pago de la INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE a favor de la firma SLA ABOGADOS CONSULTORES SAS, y que el título valor cheque o transferencia sea girado a su nombre sin ninguna restricción. PARÁGRAFO. - EL (LA) MANDANTE autoriza directamente desde ahora a EL MANDATARIO para deducir de los dineros que reciba y con prelación a cualquier otro compromiso, el valor de los honorarios que trata la Cláusula Tercera cualquiera que sea la forma legal o lícita del reclamo o demanda que se adelante a partir de la celebración del contrato. En consecuencia, EL MANDATARIO podrá pedir la deducción privilegiada de los honorarios profesionales, ante la Oficina que llegare a hacer el pago. En el evento que el pago se hiciere directamente a EL(LA) MANDANTE, este cancelará a EL MANDATARIO las sumas acordadas en la Cláusula Tercera a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes de haber recibido el pago. De no hacerlo así incurrirá en mora. QUINTA. - EL MANDATARIO se compromete a transferir o pagar a EL(LA) MANDANTE, la suma correspondiente al valor de la indemnización que le sea reconocida menos los honorarios causados y deducciones a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber recibido el pago. PARÁGRAFO. - El costo de la transacción financiera que se genere con ocasión del traslado del valor de la indemnización a EL(LA) MANDANTE correrá por cuenta de éste. SEXTA. - El presente Contrato sólo podrá rescindirse por acuerdo entre las partes y por parte de EL(LA) MANDANTE, en caso de negligencia comprobada DEL MANDATARIO. La revocatoria del Poder, sin causa justificada, dará lugar AL MANDATARIO a cobrar la totalidad de los honorarios pactados. Para que sea efectiva la revocatoria de poder, se debe expedir el respectivo PAZ Y SALVO por parte DEL MANDATARIO. SÉPTIMA. - Las partes convienen y aceptan, que, para los efectos legales, el presente contrato presta mérito ejecutivo y EL(LA) MANDANTE renuncia expresamente a todo requerimiento judicial para efectos de constitución en mora y el domicilio será cualquier ciudad del país. En prueba de lo anterior, las partes suscriben el presente documento, previa lectura del mismo, en la ciudad y fecha que se describe a continuación.

MANDANTE:

Nombre(s): _____	
Apellido(s): _____	
Doc. Identificación.: C.C. ☐ C.E. ☐ P.T.P. ☐ _____ Otro: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____	
Teléfono: _____	E mail: _____
Fecha Accidente: _____	Aseguradora SOAT: _____
Vehículo involucrado. Placa: _____	Tipo de Automotor: _____
Se firma el día _____	En la Ciudad de: _____

MANDATARIO: Rep. Legal SLA ABOGADOS CONSULTORES: _____

EJEMPLO DE DECLARACIÓN

El siguiente ejemplo le ayudara a describir los principales datos de su situación socioeconómica, la cual solamente conocerá un Juez en caso de ser necesario.

Describa su situación real lo mas especifico posible. Anexe los documentos que considere necesarios y acrediten la situación económica.

Puede ser escrito a mano o en computador, y NO requiere llevarlo a Notaria

Yo, ~~CRISTIAN FERRER RAMIREZ~~, ~~identificado con cédula de ciudadanía número 10.000.000~~, declaro bajo la gravedad de juramento que debido a las lesiones sufridas en el accidente de tránsito ocurrido el 23 de Diciembre de 2019, mis ingresos y mi situación económica y la de mi familia se han visto afectados.

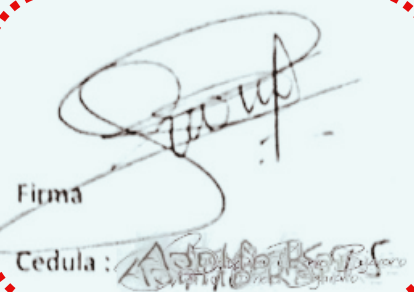
Mi familia está conformada por mi hijo Samuel ~~RAMIREZ~~ con Tarjeta de Identidad número ~~10.000.000~~ con 10 años de edad, el cual no he podido ayudar económicamente de la manera que se debe.

Actualmente me encuentro desempleado, mis gastos siguen acumulando deuda y la cuota de manutención de mi hijo me está generando intereses e inconvenientes con la mamá del niño, durante el proceso de terapias tuve que incurrir en gastos de taxis, fotocopias, y demás temas para realizar los procesos ante la Eps, Centro de terapias y entes que lo requirieron, a raíz de las pandemia tampoco pude retomar mis terapias y la recuperación ha sido parcial; ya que sigo presentando molestias y que a futuro pueden repercutir en una lesión nuevamente.

Actualmente tuve que recurrir a mis cesantías para cubrir mis gastos básicos que hacen a \$2.000.000 entre gastos de arriendo, alimentación, manutención de mi hijo, deudas, gastos de transporte, parqueadero de la moto.

Desde el 7 de mayo no consigo trabajo y con la situación actual del país es más complejo, y en lo que va corrido de este tiempo para acá ya gaste las vacaciones y cesantías, ya que la liquidación la absorbió la empresa debido a el tipo de contrato que tenía por comisiones anticipadas, por lo cual no poseo los recursos para poder pagar el valor del examen de pérdida de capacidad y reclamar la indemnización del seguro SOAT.

Indicar si por las lesiones sufridas no ha podido encontrar trabajo o realizar las labores que habitualmente realizaba y desde hace cuantos meses no recibe ingresos.

Firma
Cedula : 

Firmar con número de cédula y huella

Indicar sus ingresos y sus gastos (arriendo, servicios, alimentación, si se ha visto obligado a pagar taxis para asistir a terapias debido a las limitaciones sufridas por el accidente).

Indicar que por su situación económica actual no puede sufragar el valor de la calificación de pérdida de capacidad requerida para reclamar la indemnización a la aseguradora del SOAT.

Indicar como está conformado su núcleo familiar con números de identificación, si tiene hijos a cargo de que edades, si algún miembro tiene una condición especial que requiera cuidado especial, si tiene personas a cargo que dependan de lo que usted aporta económicamente

Identifíquese con su nombre completo, numero de identificación y mencione el objetivo de la declaración