



## SOLICITUD DE PRUEBAS

Código: PRU-FO-02

Versión: 01

Fecha: 24 de agosto de 2018

Elaboró: Coordinador del Sistema

Aprobó: Directora Administrativa y Financiera

Bucaramanga, 27 de octubre de 2021

Oficio: 18031

Doctor

**JORGE ANDRES CASTELLANOS CRISTANCHO**

Secretario

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA

[J04ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:J04ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Ref.: Solicitud de pruebas

Radicado: 680013103004-2019-00187-00

Caso: GONZALO VARGAS RINCON CC. 72190745

En forma comedida me permito comunicar que en relación con el caso de la referencia la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander solicita se sirva, aportar en término de quince (15) días contados a partir de la fecha, las siguientes pruebas:

- CONCEPTO DE MEJORÍA MEDICA MÁXIMA POR NEUROCIRUGÍA.
- CONCEPTO DE MEJORÍA MEDICA MÁXIMA POR FISIATRÍA.

Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en los artículos 38 literal f del decreto 1352 de 2013, en concordancia con el artículo 18 que reza... "El Término para allegar los resultados de exámenes complementarios será de 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de solicitud"

Cordialmente,

**Dra. MYRIAM BARBOSA ZARATE**

**RM. 1994/89**

Medico Ponente

C.C: Gonzalo Vargas Rincón, Carrera 7 Occidente No 45-71 2° Piso Campo Hermoso. Bucaramanga  
Expediente.

Servicios Postales Nacionales S.A. NIT 900 062 917-9  
Atención al usuario: 01 8000 115 210 - servicioalcliente@72.com.co  
Ministerio de Correos y Telecomunicaciones

472

|                      |                                                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Destinatario</b>  |                                                                       |
| Nombre/Razón Social: | GONZALO VARGAS RINCON                                                 |
| Dirección:           | BOGOTÁ, COLOMBIA, CARRERA 7 OCCIDENTE No. 45-71 PISO 2 CAMINO HERMOSO |
| Ciudad:              | BOGOTÁ                                                                |
| Departamento:        | SANTANDER                                                             |
| Código postal:       | 680000                                                                |
| Fecha admisión:      | 27/10/2021 15:11:50                                                   |
| <b>Remitente</b>     |                                                                       |
| Nombre/Razón Social: | PO BUCARAMANGA                                                        |
| Dirección:           | CRA 37 N. 44-74 BARRIO BUCARAYANGA SANTANDER                          |
| Ciudad:              | BOGOTÁ                                                                |
| Departamento:        | SANTANDER                                                             |
| Código postal:       | 680002                                                                |
| Envío:               | YG278645843CO                                                         |

472  
6666  
510

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. NIT 900 062 917-9  
Ministerio de Correos y Telecomunicaciones

POSTEXPRESS

Centro Operativo: PO BUCARAMANGA  
Orden de servicio: 14727230  
Fecha P.G. Admisión: 27/10/2021 15:11:50

|                                                                               |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Nombre/Razón Social: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE SANTANDER |                                            |
| Dirección: CRA 37 N. 44-74 BARRIO BUCARAYANGA SANTANDER                       |                                            |
| Referencia: NIT/COT.8904000705                                                |                                            |
| Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER                                                | Teléfono: Código Postal: 680002138         |
| Nombre/Razón Social: GONZALO VARGAS RINCON                                    | Depto: SANTANDER Código Operativo: 6666515 |
| Dirección: CARRERA 7 OCCIDENTE No. 45-71 PISO 2 CAMINO HERMOSO                |                                            |
| Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER                                                | Teléfono: Código Postal: 390008032         |
| Depto: SANTANDER                                                              | Código Operativo: 6666510                  |
| Díces Contener:                                                               |                                            |
| Peso Físico (grs): 200                                                        | Peso Volumétrico (grs): 0                  |
| Peso Facturado (grs): 200                                                     | Valor Declarado: \$0                       |
| Valor Flete: \$3.100                                                          | Costo de manejo: \$0                       |
| Valor Total: \$3.100                                                          |                                            |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| Observaciones del cliente:              |      |
| Gestión de entrega:                     |      |
| C.C.                                    | Tel: |
| Fecha de entrega:                       |      |
| Distribuidor:                           |      |
| C.C.                                    | Tel: |
| Hora:                                   |      |
| Firma nombre y/o sello de quien recibe: |      |



YG278645843CO

|                                         |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| Causal Devoluciones                     |                  |
| RE: Rehusado                            | CI: C2           |
| NE: No existe                           | NI: N2           |
| NS: No reside                           | FA: Fallo        |
| NR: No reclamado                        | AC: Aclarado     |
| DE: Desconocido                         | FM: Fuerza Mayor |
| Dirección errada                        |                  |
| Firma nombre y/o sello de quien recibe: |                  |
| C.C.                                    | Tel:             |
| Fecha de entrega:                       |                  |
| Distribuidor:                           |                  |
| C.C.                                    | Tel:             |
| Hora:                                   |                  |
| Firma nombre y/o sello de quien recibe: |                  |



6666515666510YG278645843CO

Husario: No imprimir contenido que tiene caratula del correo para su uso personal. Para conocer la política de privacidad, consulte el sitio web de la empresa. Para conocer la política de privacidad, consulte el sitio web de la empresa. Para conocer la política de privacidad, consulte el sitio web de la empresa.