

**DEVOLUCION EXPEDIENTE JAVIER ALBERTO DIAZ RIVERA /Radicado Juzgado:
080013105001-2017-00314-00**

Haroldo Ramirez Guerrero <haroldo.ramirez@juntaatlantico.co>

Mié 26/06/2024 3:35 PM

Para:Juzgado 01 Laboral Circuito - Atlántico - Barranquilla <lcto01ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC:javierdiaz.d.r@hotmail.com <javierdiaz.d.r@hotmail.com>;abogadosimplemente@outlook.com
<abogadosimplemente@outlook.com>

 2 archivos adjuntos (655 KB)

Dev. Javier Alberto Diaz Rivera.pdf; Formulario Solicitud de Dictamen.pdf;

Buenas tardes

Señores

JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Atte. Patricia Elena Osorio Soto

Secretaria

Calle 40 No.44-80 Edificio Centro Cívico 4º. piso

lcto01ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

A continuación, adjunto oficio No.09995-2024 y documentos aportados correspondientes a la devolución del expediente del Sr. Javier Alberto Diaz Rivera C.C. No. 8.510.567.

C.C.: Sr. Javier Alberto Diaz Rivera /javierdiaz.d.r@hotmail.com/ abogadosimplemente@outlook.com

 [Expediente de Javier Diaz Rivera .pdf](#)

Cordialmente,

Haroldo de Jesús Ramírez Guerrero

Director Administrativo y Financiero

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Atlántico



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO**
Ministerio del Trabajo



Trabajo

Barranquilla D. E. I. P., 24 de Junio 2024

Oficio N° 09995-2024

Señores

JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Atte. Patricia Elena Osorio Soto

Secretaria

Calle 40 No.44-80 Edificio Centro Cívico 4º. piso

lcto01ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla

Ref.: Devolución expediente.

Caso: **JAVIER ALBERTO DIAZ RIVERA C.C 8510567**

Radicado N° 0202202410316

Radicado Juzgado: 080013105001-2017-00314-00

HAROLDO DE JESUS RAMIREZ GUERRERO, mayor de edad identificado con Cédula de Ciudadanía No. 73131466 de Cartagena y portador de la Tarjeta Profesional No. 74291 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de Director Administrativo y Financiero de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO**, me permito de manera muy comedida informarle lo siguiente:

De conformidad con el Artículo 2.2.5.1.28 del Decreto 1072 de 2015, se procede a realizar al **JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA** la devolución de toda la documentación radicada en esta Junta Regional el 06/06/2024 para la valoración del señor Javier Alberto Diaz Rivera identificado con C.C No. 8510567, revisado el expediente se requiere:

1. Reajuste del pago de los honorarios correspondiente al salario mínimo legal vigente, debido a que el pago que se encuentra en el expediente es por (\$828.116), por lo que se debe cancelar la diferencia (\$471.884) para un total de \$1.300.000 correspondiente al salario del año 2024.
2. Datos actualizados del Sr. Diaz Rivera.

Favor subsanar la causal del motivo de devolución y radicar el caso nuevamente.

Cordialmente,


HAROLDO DE JESUS RAMIREZ GUERRERO
Director Administrativo y Financiero

CC...: Sr Javier Alberto Diaz Rivera, Carrera 37 C No. 27 -49 Barrio: Santa Inés, Teléfono: 3116906599, E-mail: javierdiaz.d.r.@hotmail.com/ Soledad-Atlántico

LHERRERAR.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DICTAMEN
ANTE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO

1. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA:

Nombres _____ Apellidos _____

No. De Documento: _____ Tipo: ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E.

Sexo: ☐ F ☐ M

Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA

ESCOLARIDAD:	Analfabeta	Preescolar	Primaria	Básica	Media	Tecnológica	Universitaria	Post Grado	Otro

ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	Casado(a)	Unión Libre	Separado(a)	Viudo(a)	Menor

Dirección _____ Barrio: _____

Cambio de Dirección: _____

Ciudad: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

E-Mail paciente: _____

2. DATOS DEL REMITENTE:

Remitente: ☐ AFP ☐ ARL ☐ EPS ☐ Caja de Compensación ☐ Otros

Nombre del remitente _____ Ciudad: _____

Dirección _____ Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____ E-Mail remitente: _____

Número de Consignación de Davivienda _____ Valor: \$ _____

3. OBJETIVO DE REMISION:

- ☐ Pago de Prestación Social
☐ Pago de Subsidios
☐ Condonación de deuda
☐ Reclamación de póliza
☐ Inclusión en Sistema de Salud para Prestaciones Asistenciales
☐ Pago de otros Beneficios
☐



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO**
Ministerio del Trabajo



☐ Peritaje ante Autoridad Judicial o Administrativa

☐ Otro: _____

4. TIPO DE CALIFICACION:

☐ Determinación de Origen

☐ Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral

☐ Fecha de Estructuración

☐ Todas

☐ Revisión

☐ Peritaje

☐ Otro: _____

5. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:

Nombre de la Empresa: _____

Nit. / Documento de identidad: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____ Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____ E-Mail empresa: _____

Actividad Económica de la Empresa: _____

Cargo Actual del Paciente: _____

6. RESPONSABLE DE LA REMISION:

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identificación: _____

Parentesco y/o Cargo: _____

FIRMA _____