

DIVISION JURIDICA Y DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SECCION SERVICIOS Y PERSONAL

CERTIFICA:

Que el arquitecto JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 71.590.196 de Medellín, laboró en esta Entidad en el periodo comprendido entre el día 14 de marzo de 1990 y el día 28 de abril de 1991, desempeño el cargo de arquitecto asesor.

Certificación que expido a petición del interesado.

Medellín, mayo 20 de 1991


AREA METROPOLITANA
DEL VALLE DE ABURRÁ

PATRICIA ELENA TORÓN LÓPEZ
JEFE SECCIÓN DE SERVICIOS Y PERSONAL

0088

Mayo 18 - 92

EL JEFE DEL GRUPO NOMINA

HACE CONSTAR

Que el señor **JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ**, con cédula de ciudadanía No.71.590.196 de Medellín, laboró al servicio de esta Entidad desde el 4 de noviembre de 1988 hasta el 12 de marzo de 1990, en calidad de Jefe de comuna en la Sección Recolección y Transporte.

La anterior constancia se expide a solicitud del interesado.

Medellín, 5 de julio de 1996


FABIO CAMPUZANO MEJIA

YA

**ALCALDIA DE MEDELLIN...
EN EQUIPO CON USTED**

♦ ASEO ♦ FERIA DE GANADOS ♦ CENTRAL MAYORISTA ♦ PLAZAS DE MERCADO ♦ MATADERO

♦ DIRECCION: CARRERA 64C No. 103EE-98 ♦ ⑥ CONMUTADOR 267 00 01 ♦ FAX 267 65 70 ♦ APARTADO 647 ♦ MEDELLIN - COLOMBIA

7/7/96 12:05 PM

Forma EV - C -13
Gobernación de Antioquia

32192

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Secretaría de Gestión Humana y Desarrollo Organizacional**DIRECCION DE PERSONAL****HACE CONSTAR:**

Que el (la) Señor(a) **JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ** con C.C. Nro. **71.590.196** labora al servicio del Departamento de Antioquia desde 18 de mayo de 1992 actualmente se desempeña como: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** codigo 219 grado 02 adscrito(a) a la planta global de la Administración Departamental.

Tipo de Vinculacion: **CARRERA ADMINISTRATIVA** y devenga la suma de **\$4.688.010,00** mensual

Vinculación: Relación legal y reglamentaria, sin probables interrupciones que se hubieren presentado.

El presente certificado se expide para: **DOCTOR EDGAR DUQUE**

Certifica:

NATALIA PATRICIA SIERRA PALACIO
Directora de Personal

Fecha Expedición 18 días del mes de noviembre de 2019



Centro Administrativo Dptal José María Córdova (La Alpujarra) - Calle 42 B 52 - 106 Piso 2. oficina: 207 Tel (4) 3839535 Nit 890900286-0
Linea de atención a la Ciudadanía: 018000 419 00 00 - Medellín - Colombia



SOMOS 10
TERRITORIOS
INTEGRADOS

10207



201808311425421611221890

COMUNICACIONES OFICIALES DESPACHADAS

Agosto 31, 2018 14:25

Radicado 00-021890

Medellín



Señor

JORGE MAURICIO MORALES GÓMEZ

Calle 37B Sur N° 27 E – 90 Casa 36

Urbanización Alquilerías de San Isidro - Barrio Loma de Las Brujas

Teléfono 3067016 – 3837937 - 3207886928

Envigado - Antioquia

Asunto: Respuesta solicitud - Radicado 023896 de 2018

En respuesta a la solicitud radicada en esta Entidad bajo el número del asunto, se anexa Certificado de Información Laboral – Formato N° 1, Certificación de Salario Base – Formato N° 2 y Certificación de Salarios Mes a Mes – Formato N° 3B, expedidos por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá con consecutivo No. 161.

Así mismo, se anexa copia de la Resolución Metropolitana N° 000317 del 08 de marzo de 2017, por medio de la cual se ratifica la delegación para la emisión de certificaciones laborales.

Atentamente,


YOLANDA BOTERO ÁLVAREZ
Líder Programa Gestión Humana

Anexo: Lo anunciado

Copia: Hoja de Vida

Carrera 53 No. 40A-31 | CP. 050015. Medellín, Antioquia, Colombia

Conmutador: [57.4] 385 6000 Ext. 127

NIT. 890.984.423.3



@areametropol
www.metropol.gov.co

Area
METROPOLITANA
DEL VALLE DE ABURRÁ

RESOLUCION METROPOLITANA 000076 DE 2004

(16 FEB. 2004)

Por medio de la cual se concede una delegación.

EL DIRECTOR DEL AREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ

En uso de sus atribuciones legales conferidas por la ley 128 de 1994 y el Acuerdo 001 de 1995,

CONSIDERANDO

1. Que el decreto 1513 de 1998 por medio del cual se modificaron y/o adicionaron algunos artículos de los Decretos 1748 de 1995 y 1474 de 1997 y se dictan otras disposiciones todas ellas relacionadas con la emisión, cálculo, redención y demás condiciones de los bonos pensionales a los que hace referencia la Ley 100 de 1993, dispuso en el literal C) del artículo 20 que "el Representante Legal de la entidad deberá designar bajo su responsabilidad, un funcionario competente para la emisión de certificaciones".
2. Que estas certificaciones laborales con destino a la expedición de bonos pensionales, están a cargo de la Subdirección Administrativa.
3. Que dado el volumen de certificaciones solicitadas, es conveniente, además de legal, designar un funcionario de esa Subdirección para que suscriba la certificación, cumpliendo todas las exigencias legales en cuanto a su contenido, exactitud y verificación.

RESUELVE

ARTICULO ÚNICO Designar a la doctora YOLANDA BOTERO ÁLVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía número 43.055.393 de Medellín, como responsable de la emisión de certificaciones laborales con destino a la expedición de bonos pensionales.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Medellín, a los 16 FEB. 2004


SERGIO BUSTAMANTE PÉREZ
Director

Liberty y Orden

Usar únicamente para certificar tiempos cotizados a Cajas públicas diferentes al ISS o tiempos no cotizados

Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.

Número consecutivo: 161

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA											
1. Nombre o Razón Social:		ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE BURRÁ						2. NIT		890984423-3	
3. Dirección		CRA 53 N°40A-31		4. Ciudad:		MEDELLÍN		Código Dane		0 0 1	
				5. Departamento:		ANTIOQUIA		Código Dane		0 5	
6. Telefono		(094) 3856000		7. Fax		(094) 2623201		8. E-Mail:		yolanda.botero@metropol.gov.co	

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

B. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO											
9. Nombre o Razón Social:		ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ						10. NIT:		890984423-3	
11. Dirección		CRA 53 N°40A-31		12. Ciudad:		MEDELLÍN		Código		0 0 1	
				13. Departamento:		ANTIOQUIA		Código		0 0 5	
14. Sector (Marcar solo uno)		Sector Público Nacional				15. E-Mail:		yolanda.botero@metropol.gov.co			
		Sector Público Departamental o Distrital				16. Telefono:		()			
	X	Sector público Municipal				17. Fax:		(094) 2623201		18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador	
								Día		Mes	
								1		7	
								1995			

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

19. Apellidos y Nombres completos del trabajador:		20. Documento de Identidad		21. Fecha de Nacimiento (Opcional)	
MORALES GÓMEZ JORGE MAURICIO		TI CC x CE NIT No: 71.590.196		Día Mes Año 21 10 1960	
C1. Datos de identificación alternos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación alternos)					
22. Apellidos y Nombres alternos del trabajador:		23. Tipo Documento alterno		24. No. Doc. Alterno:	
		TI CC CE NIT			

D. VINCULACIONES LABORALES (Si falta espacio utilice hoja adicional firmada con el mismo número consecutivo)

[illegible]

E. APORTES PARA PENSIONES correspondientes a las vinculaciones laborales detalladas en la sección anterior.

[illegible]

F. TRABAJADORES MIGRANTES: Diligenciar en caso que se estén certificando tiempos para un trabajador migrante, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 20 del Decreto 1748 de 1995, modificado por el Artículo 9º del Decreto 1513 de 1998.

35. Es trabajador migrante?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

 → 36. Numero de semanas efectivamente laboradas por año:

--

G. INFORMACIÓN SOBRE PENSIONES E INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA (La información de esta sección es de carácter netamente informativo, y solo debe ser diligenciado si la entidad que expide la certificación, tiene pruebas de la pensión a la cual se hace mención).

37. ¿Al trabajador para el cual se expide esta certificación le fue otorgada una indemnización sustitutiva por esa entidad o actualmente la está tramitando? Si ☐ No ☒
Indemnización sustitutiva en trámite

38. ¿El trabajador para el cual se expide esta certificación fue o está pensionado por esa entidad o actualmente la está tramitando? Si ☐ No ☒
Pensión en trámite

39. En caso de haber respondido "Si" o "Pensión en trámite" en el punto anterior, ¿Qué tipo de pensión se le otorgó?

<input type="checkbox"/> Vejez	<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Asignación por retiro	40. Resolución de pensión No. _____
<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> Jubilación por aportes ISS	41. Fecha de Pensión: _____
<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Pensión gracia	<input type="checkbox"/> Retiro por vejez	

42. ¿Tiene indicios de que el trabajador fué pensionado por otra entidad? Si ☐ No ☒

43. Entidad que lo pensionó _____

44. Nit de entidad que lo pensionó _____

IMPORTANTE: Si el trabajador se vinculó antes del 1 de Julio de 1992, estaba activo a 30 de Junio de 1992 y este formato es para certificar tiempos para Bono Pensional, se debe diligenciar y enxear el formato "CERTIFICACION DE SALARIO BASE PARA LIQUIDACION Y EMISION DE BONOS PENSIONALES".

Aceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95.

La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.

YOLANDA BOTERO ÁLVAREZ

Funcionario competente para certificar

C.C: 43.055 393

Firma del funcionario

Firma del funcionario

Líder Programa Gestión Humana

Humana
Cargo del funcionario


Resolución 000317 de 2017


*Acto administrativo

Advertencia:

El diligenciamiento de la presente certificación no compromete a la entidad en aquellos casos en que la persona a la cual se le certifica información laboral no tenga derecho a pensión o a ser beneficiario de Bono Pensional.

El diligenciamiento de la presente certificación no le genera automáticamente a la persona a la cual se le certifica información laboral, el derecho a una pensión o a ser beneficiario de un Bono Pensional.

 LIBERTAD Y ORDEN		REPUBLICA DE COLOMBIA		Ciudad y fecha de expedición certificación: Medellín, 21 de agosto de 2018		
FORMATO No. 2 CERTIFICACIÓN DE SALARIO BASE						
Para calcular los Bonos Pensionales de las personas incorporadas al Sistema General de Pensiones.				Hoja 1 de 1		
Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.				Número consecutivo 161		
A. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA						
1. Nombre o Razón Social: ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ		2. NIT: 890.984.423-3				
3. Dirección: CRA 53 N°40A-31		4. Ciudad: MEDELLÍN		Código Dane 0 0 1		
5. Departamento: ANTIOQUIA		Código Dane 0 5				
6. Teléfono: (094) 3856000		7. Fax: (094) 2623201		8. E-Mail: yolanda.botero@metropol.gov.co		
B. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA SALARIO BASE						
9. Nombre o Razón Social: ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ		10. NIT: 890.984.423-3				
11. Dirección: CRA 53 N°40A-31		12. Ciudad: MEDELLÍN		Código 0 0 1		
13. Departamento: ANTIOQUIA		Código 0 5				
14. Sector: <input type="checkbox"/> Sector Público Nacional <input type="checkbox"/> Sector Público Departamental o Distrital <input checked="" type="checkbox"/> Sector público Municipal						
15. Teléfono: (094) 3856000		16. Fax: (094) 2623201		17. E-Mail: yolanda.botero@metropol.gov.co		
C. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR						
18. Apellidos y Nombres completos del trabajador: MORALES GÓMEZ JORGE MAURICIO		19. Documento de identidad TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> No: 71.590.196		20. Fecha de Nacimiento Día Mes Año 21 10 1960		
21. Apellidos y Nombres alternos del trabajador:		22. Tipo Documento alterno TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		23. No. Doc. Alterno:		
D. DETERMINACIÓN DE FECHA BASE PARA LIQUIDACIÓN DE BONO PENSIONAL						
24. ¿El trabajador estaba activo a 30 de Junio de 1992? (Marque con una X) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (si en la casilla 24 marcó "SI", pasar a la casilla 29)						
25. ¿El trabajador se desvinculó antes del 30 de Junio de 1992? (Marque con una X) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si marcó "NO" en la casilla 25, pasar a la casilla 27						
27. El trabajador se hallaba suspendido o en licencia no remunerada a 30 de Junio/92? (Marque con una X) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si marcó "SI" en la casilla 27, pasar a la casilla 28						
28. Fecha de inicio de licencia o suspensión Día Mes Año						
29. FECHA BASE: La fecha será: EL 30 de Junio de 1992, si a esta fecha el trabajador se encontraba activo y no se encontraba suspendido o en licencia, ó la Fecha de Retiro (fecha del campo 26), si el trabajador se desvinculó antes del 30 de Junio de 1992 ó si se encontraba en licencia no remunerada o suspendido, la víspera o día anterior a la fecha de inicio de la suspensión o de inicio de la licencia (día calendario anterior a la fecha del campo 28).						
29. FECHA BASE: DIA: 30 MES: 6 AÑO: 1992						
E. APORTES PARA PENSIONES EN FECHA BASE						
30. ¿Se hacían aportes para pensiones en fecha base? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Marcar con una "X" SI o NO si se descontó para Seguridad Social al trabajador.						
F. ENTIDAD RESPONSABLE PARA PENSIONES EN FECHA BASE (si diligencia "SI" en la casilla 31 no es necesario diligenciar las casillas 32 y 33)						
31. Período asumido por el empleador o entidad que reporta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		32. Caja o Fondo: (diligenciar si se le aportaba a alguna Caja o Fondo) Nombre: NIT: 		33. ENTIDAD QUE RESPONDE POR EL PERÍODO Nombre: NIT: 		
G. FACTORES PARA EL CALCULO DEL SALARIO BASE (definidos por el Decreto 1158 de 1994)						
34. La vinculación empezó por lo menos un año antes de la fecha de Salario Base <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
35. Cuántos meses de vinculación tiene antes de la fecha Base? <input type="text"/> Si respondió "SI" en el ítem anterior, este valor es igual a 12.						
H. Factores Adicionales no Netos para determinación de Salario Base (Diligenciar de acuerdo con el total de meses del numeral 35, tomando como el "Mes 12" el mes del Salario Base y como "Mes 11" el mes inmediatamente anterior...)						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Prima de antigüedad ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Remuneración por trabajo dominical o festivo	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras a realizarse en jornada nocturna	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Remuneración o Bonificación por servicios prestados	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Subtotal Mensual	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Prima de antigüedad ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Remuneración por trabajo dominical o festivo	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras a realizarse en jornada nocturna	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Remuneración o Bonificación por servicios prestados	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Subtotal Mensual	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
36. Sumatoria de Subtotales Mensuales:	\$ 0	37. Promedio de la sumatoria de Subtotales Mensuales proporcional al número de meses: \$ 0 Total del Numeral 36 dividido entre número de meses del numeral 35				
I. CALCULO DEL SALARIO BASE						
Los Factores de los Numerales 38, 39 y 40 Son los valores Netos a la fecha BASE (fecha del Numeral 29)						
38. ASIGNACION BASICA MENSUAL	\$ 0					
39. GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0 (Si los hubo en el mes que se certifica el salario base)					
40. PRIMA TECNICA	\$ 0 (Solo si es factor de Salario)					
41. Total de valores adicionales del numeral 37	\$ 0					
42. SALARIO BASE TOTAL	\$ 0 (Suma de los valores correspondientes a los numerales 38,39,40 y 41)					
Aceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95. La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.						
YOLANDA BOTERO ÁLVAREZ Funcionario competente para certificar C.C: 43.055.393		Firma del funcionario		Líder Programa Gestión Humana Cargo del funcionario		Resolución 000317 de 2017 *Acto administrativo
Observaciones:						



REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO No. 3 (B)

CERTIFICACIÓN DE SALARIOS MES A MES

Para liquidar Pensiones del Régimen de Prima Media

Ciudad y fecha de expedición certificación:

Medellín, 21 de agosto de 2018

Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.

Numero consecutivo: 161

A. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA

2. NIT: 890984423-3

3. Dirección: CRA 53 N°40A-31

4. Ciudad: MEDELLÍN

5. Departamento: ANTIOQUIA

6. Teléfono: (094) 3856000

7. Fax: (094) 2623001

8. E-Mail: yolanda.botero@metropol.gov.co

9. Nombre o Razón Social: ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA

10. NIT: 890 984 423-3

11. Dirección: CRA 53 N°40A-31

12. Ciudad: MEDELLÍN

13. Departamento: ANTIOQUIA

14. Sector: ☐ Entidad privada que responde por sus pensiones ☐ Sector Público Nacional ☒ Sector Público Departamental o Distrital ☐ Sector público Municipal

15. Teléfono: (094) 3856000

16. Fax: (094) 2623001

17. E-Mail: yolanda.botero@metropol.gov.co

B. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICAN SALARIOS

19. Documento de identidad

20. Fecha de Nacimiento

21. Apellidos y Nombres completos del trabajador: MORALES GÓMEZ JORGE MAURICIO

22. Tipo Documento alternativo

23. No. Doc. Alternativo:

C. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

24. AÑO

25. MES

26. Observaciones

27. Asignación Básica Mensual

28. Gastos de Representación

29. Prima Técnica

30A. Primas de antigüedad ascensional y de capacitación (Factor salarial)

30B. Remuneración por trabajo dominical o festivo

30C. Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras en jornada nocturna

30D. Remuneración por servicios prestados

31. Totales

NOTA: Hasta el 31 de marzo de 1994 se certifica el salario devengado según el Decreto 1158 de 1994. A partir del 1° de abril de 1994 se certifica el salario sobre el cual se cobizó o se debió cotizar a cualquier administradora del sistema general de Pensiones. Para entidades del orden territorial se debe certificar el salario devengado según el Decreto 1158 de 1994 a más tardar hasta el 30 de junio de 1995 o fecha en que fue declarada insolvente la caja a la cual se efectuaban aportes. En el caso de los Regímenes especiales en la Casilla No. 27 (Asignación Básica Mensual) el valor de la asignación básica, será la suma de los factores salariales que no están incluidos en el Decreto 1158 de 1994 sobre los cuales se han efectuado cotizaciones para pensión (Ej: Sobresueldo INPEC, prima de antigüedad que se paga de manera mensual, etc.). Siempre y cuando exista una norma que especifique que estos factores son válidos para Pensión.

(Si falta espacio use hoja adicional firmada con el mismo número consecutivo)

Aceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95. La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.

YOLANDA BOTERO ÁLVAREZ

Firma del funcionario

Lider Programa Gestión Humana

Cargo

Resolución 000317 de 2017

Acto administrativo

08/03/2017

Fecha de expedición

Observaciones:

El diligenciamiento de la presente certificación no compromete a la entidad en aquellos casos en que la persona a la cual se le certifica información laboral no tenga derecho a pensión o a ser beneficiario de Bono Pensional.

El diligenciamiento de la presente certificación no genera automáticamente a la persona a la cual se le certifica información laboral, el derecho a una pensión o a ser beneficiario de un Bono Pensional.

JMORALESG

RESOLUCIÓN METROPOLITANA N° D.



RESOLUCIONES

Marzo 08, 2017 16:34

Radicado 00-000317
201703081634-1-165317

Área
METROPOLITANA
Valle de Aburrá

"Por medio de la cual se ratifica una delegación"

EL DIRECTOR DEL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la Ley 1625 de 2013, el Acuerdo Metropolitano N° 10 de 2013, y

CONSIDERANDO:

1. Que el Decreto 1513 de 1998 en el artículo 20, literal c), establece para las entidades empleadoras el deber de la expedición de las certificaciones laborales con destino a las administradoras de fondos de pensiones, para el trámite, liquidación y pago de los bonos pensionales.
2. Que el precitado artículo prescribe el deber de establecer un procedimiento interno para la emisión de las certificaciones, de forma que permita la verificación y garantice la seguridad de las mismas, para lo cual el representante legal de la entidad deberá designar, bajo su responsabilidad, un funcionario competente para la emisión de estas certificaciones laborales.
3. Que mediante Resolución Metropolitana N° 76 de 2004, se designó a YOLANDA BOTERO ALVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía número 43.055.393 de Medellín, como responsable de la emisión de estas certificaciones laborales.
4. Que actualmente YOLANDA BOTERO ALVAREZ, Líder Programa Gestión Humana, se encuentra asignada a la Secretaría General del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.
5. Que corresponde al Director de la Entidad, como Representante Legal del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, según lo establecido en las disposiciones legales vigentes, dirigir la acción administrativa, con sujeción a la ley y a los acuerdos metropolitanos.

Carrera 53 No. 40A-31 | CP. 050015. Medellín, Antioquia, Colombia
Conmutador: (57.4) 385 6000 Ext. 127
NIT. 890.984.423.3

   
@areametropol
www.metropol.gov.co

6. Que por lo anterior se procede a ratificar la designación para la emisión de las certificaciones laborales referidas.

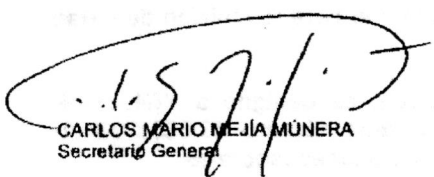
RESUELVE:

Artículo Único. Ratificar la designación en YOLANDA BOTERO ALVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía número 43.055.393, Líder Programa Gestión Humana del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, como responsable de la emisión de las certificaciones laborales para el trámite, liquidación y pago de bonos pensionales.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



EUGENIO PRIETO SOTO
Director



CARLOS MARIO MEJÍA MÚNERA
Secretario General



YOLANDA BOTERO ALVAREZ
Líder Programa Gestión Humana

20180530002949

10 de agosto de 2018

SEÑOR:

JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ**C.C. 71.590.196**

Calle 37 B Sur N° 27 E – 90 Casa 36, Urbanización Alquilerías de San Isidro

Barrio: Loma de Las Brujas

E: mail: Mauricio.morales@antioquia.gov.co

Teléfonos: 306 70 16 – 383 79 37 – 320 788 69 28

Envigado.

Referencia: Respuesta al radicado N°. 20180520005458 de 2.018

Dando respuesta a su solicitud, de acuerdo con el asunto de la referencia y a lo establecido en el artículo 52 del Decreto 1748 de 1.995, modificado por el Decreto 1474 de 1.997, artículos 14 y 1513 de 1.998 y artículo 22, se anexa certificado para bono pensional y de salarios mes a mes del tiempo laborado por Usted en la Entidad, según las nuevas disposiciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.


Atentamente,

**DIANA CECILIA BEDOYA TORO****JEFE AREA SERVICIOS CORPORATIVOS**

Proyectó: SAGUDEAL

Revisó: LALVARPI

Calle 30 # 55 - 198 Medellín - Antioquia / Conmutador: 380 06 00
contacto@emvarias.com.co - www.emvarias.com.co
Línea Amiga del Aseo: 444 56 36



emvarias
Grupo EPM

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO No. 1

CERTIFICADO DE INFORMACION LABORAL

Certificación de periodos de vinculación laboral para Bonos Pensionales y Pensiones.

Ciudad y fecha de expedición certificación:
Medellín, 6 de agosto de 2018

Hoja **1** de **1**

Número consecutivo: **013471**

Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: **EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.** 2. NIT: **890.905.055-9**

3. Dirección: **Calle 111B No. 64-92** 4. Ciudad: **Medellín** Código Dane: **0 0 1**

5. Departamento: **Antioquia** Código Dane: **0 5**

6. Teléfono: **(094) 470 50 00** 7. Fax: **(094) 471 60 83** 8. E-Mail: **luis.alvarez@emvarias.com.co**

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

9. Nombre o Razón Social: **EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.** 10. NIT: **890.905.055-9**

11. Dirección: **Calle 111B No. 64-92** 12. Ciudad: **Medellín** Código: **0 0 1**

13. Departamento: **Antioquia** Código: **0 5**

14. Sector (Marcar solo uno):
☐ Sector Público Nacional
☐ Sector Público Departamental o Distrital
☒ Sector público Municipal
☐ Entidad privada que responde por sus pensiones

15. E-Mail: **luis.alvarez@emvarias.com.co** 16. Teléfono: **(094) 470 50 00** 17. Fax: **(094) 471 60 83**

18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador: Día **01** Mes **07** Año **1995**

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

19. Apellidos y Nombres completos del trabajador: **MORALES GOMEZ JORGE MAURICIO** 20. Documento de identidad: **71.590.196** 21. Fecha de Nacimiento: **21 10 1960**

22. Apellidos y Nombres sustitutos del trabajador: **C1. Datos de identificación sustitutos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación sustitutos)**

23. Tipo Documento sustituto: **CC** 24. No. Doc. Sustituto: **71**

D. VINCULACIONES LABORALES VALIDAS PARA BONO PENSIONAL O PENSION (Si falta espacio utilice hoja adicional firmada con el mismo número consecutivo)

Diligenciar de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 3° del Decreto 1748 de 1995, adicionado por el Artículo 3° del Decreto 1513 de 1998.

	25. PERIODOS DE VINCULACION LABORAL						26. ENTIDAD EMPLEADORA	27. Cargo / Observaciones	28. INTERRUPCIONES LABORALES NO REMUNERADAS (para cada periodo)						29. Total de días de Interrupción
	DESDE			HASTA					DESDE			HASTA			
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
1	04	11	1988	12	03	1990	Emvarias S.A. E.S.P.	Jefe de Comuna Recoleccion							0
2															
3															
4															
5															
6															
7															

E. APORTES PARA PENSIONES correspondientes a las vinculaciones laborales detalladas en la sección anterior.

(Si falta espacio use hoja adicional firmada y con el mismo número consecutivo)

	30. PERIODOS DE APORTES						31. AL EMPLEADO SE LE DESCONTO PARA SEGURIDAD SOCIAL?	32. CAJA, FONDO O ENTIDAD A LA CUAL SE REALIZARON LOS APORTES.	33. ENTIDAD QUE RESPONDE POR EL PERIODO	34. PERIODO A CARGO DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA
	DESDE			HASTA						
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Nombre	NIT o Código	NIT
1	04	11	1988	12	03	1990	NO	Emvarias S.A. E.S.P.	890.905.055-9	Emvarias S.A. E.S.P. 890.905.055-9
2										
3										
4										
5										
6										
7										

F. TRABAJADORES MIGRANTES: Diligenciar en caso que se estén certificando tiempos para un trabajador migrante, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 20 del Decreto 1748 de 1995, modificado por el Artículo 9° del Decreto 1513 de 1998.

35. Es trabajador migrante? ☐ Si ☒ No 36. Numero de semanas efectivamente laboradas por año: **52**

G. INFORMACION SOBRE PENSIONES E INDEMNIZACION SUSTITUTIVA (La información de esta sección es de carácter netamente informativo, y solo debe ser diligenciado si la entidad que expide la certificación, tiene pruebas de la pensión a la cual se hace mención).

37. ¿Al trabajador para el cual se expide esta certificación le fue otorgada una indemnización sustitutiva por esa entidad o actualmente la está tramitando? SI ☐ No ☒ Indemnización sustitutiva en trámite ☐

38. ¿El trabajador para el cual se expide esta certificación fue o está pensionado por esa entidad o actualmente la está tramitando? SI ☐ No ☒ Pensión en trámite ☐

39. En caso de haber respondido "SI" o "Pensión en trámite" en el punto anterior, ¿Qué tipo de pensión se le otorgó?
☐ Vejez ☐ Jubilación ☐ Asignación por retiro ☐ Jubilación por aportes ISS ☐ Retiro por vejez

40. Resolución de pensión No. _____ 41. Fecha de Pensión: _____

42. ¿Tiene indicios de que el trabajador fue pensionado por otra entidad? SI ☐ No ☒ 43. Entidad que lo pensionó _____ 44. NIT de entidad que lo pensionó _____

IMPORTANTE: Si el trabajador se vinculó antes del 1 de Julio de 1992, estaba activo a 31 de junio de 1992 y este formato es para certificar tiempos para Bono Pensional, se debe diligenciar y anexar el formato "CERTIFICACION DE SALARIO BASE PARA LIQUIDACION Y EMISION DE BONOS PENSIONALES".


Aceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95.
La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.

LUIS FERNANDO ALVAREZ PIZA
Funcionario competente para certificar
C.C.: **71.743.196**

Firma del funcionario

Profesional **5**
Cargo del funcionario
Res. 06/2010
Acto administrativo

Observaciones:

REPUBLICA DE COLOMBIA						Ciudad y fecha de expedición certificación: Medellín, 8 de agosto de 2018	
 emvarias Grupo epm <small>Libertad y Orden</small>		FORMATO No. 2 CERTIFICACION DE SALARIO BASE					
Para calcular los Bonos Pensionales de las personas incorporadas al Sistema General de Pensiones.						Hoja 1 de 1	
Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.						Número consecutivo 013471	
A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA							
1. Nombre o Razón Social: EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.					2. NIT: 890.905.055-9		
3. Dirección: Calle 111B No. 64-92		4. Ciudad: Medellin		Código Dane 0 0 1			
		5. Departamento: Antioquia		Código Dane 0 5			
6. Telefono: (094) 470 50 00		7. Fax: (094) 471 60 83		8. E-Mail: luis.alvarez@emvarias.com.co			
B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA SALARIO BASE							
9. Nombre o Razón Social: EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.					10. NIT: 890.905.055-9		
11. Dirección: Calle 111B No. 64-92		12. Ciudad: Medellin		Código 0 0 1			
		13. Departamento: Antioquia		Código 0 5			
14. Sector: <input type="checkbox"/> Sector Público Nacional <input type="checkbox"/> Sector Público Departamental o Distrital <input checked="" type="checkbox"/> Sector público Municipal							
15. Telefono: (094) 470 50 00		16. Fax: (094) 471 60 83		17. E-Mail: luis.alvarez@emvarias.com.co			
C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR							
18. Apellidos y Nombres completos del trabajador: MORALES GOMEZ JORGE MAURICIO					19. Documento de identidad TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> No: 71.590.196		20. Fecha de Nacimiento Día Mes Año 21 10 1980
C.1 Datos de identificación sustitutos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación sustitutos)							
21. Apellidos y Nombres sustitutos del trabajador:					22. Tipo Documento sustituto TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		23. No. Doc. Sustituto:
D. DETERMINACION DE FECHA BASE PARA LIQUIDACION DE BONO PENSIONAL							
24. ¿El trabajador estaba activo a 30 de Junio de 1992? (Marque con una X) Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> (si en la casilla 24 marcó "SI", pasar a la casilla 29)							
25. ¿El trabajador se desvinculó antes del 30 de Junio de 1992? (Marque con una X)		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		26. Laboró hasta el día Día Mes Año 12 03 1990 (si diligenció la casilla 26, pasar a la casilla 29)			
27. El trabajador se hallaba suspendido o en licencia no remunerada A 30 de Junio/92? (Marque con una X)		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		28. Fecha de inicio de licencia o suspensión Día Mes Año			
La FECHA BASE será: EL 30 de Junio de 1992, si a esta fecha el trabajador se encontraba activo, ó la Fecha de Retiro, si el trabajador se desvinculó antes del 30 de Junio de 1992 ó si se encontraba en licencia o suspendido, la fecha de la suspensión o de							
29. FECHA BASE: DIA: 12		MES: 03		AÑO: 1990			
E. APORTE PARA PENSIONES EN FECHA BASE							
30. ¿Se hacían aportes para pensiones en fecha base? Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Marcar con una "X" SI o NO si se descontó para Seguridad Social al trabajador							
F. ENTIDAD RESPONSABLE PARA PENSIONES EN FECHA BASE (si diligencia "SI" en la casilla 31 no es necesario diligenciar las casillas 32 y 33)							
31. Periodo asumido por el empleador o entidad que reporta? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		32. Caja o Fondo: (diligenciar si se le aportaba a alguna Caja o Fondo) Nombre: _____ NIT: _____			33. ENTIDAD QUE RESPONDE POR EL PERIODO Nombre: EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P. NIT: 890.905.055-9		
G. FACTORES PARA EL CALCULO DEL SALARIO BASE (definidos por el Decreto 1158 de 1994)							
34. La vinculación empezó por lo menos un año antes de la fecha de Salario Base Si <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
35. Cuantos meses de vinculación tiene antes de la fecha Base ? 12 Si respondió "SI" en el ítem anterior, este valor es igual a 12.							
H. Factores Adicionales no Netos para determinación de Salario Base (Diligenciar de acuerdo con el total de meses del numeral 35, tomando como el "Mes 12" el mes del Salario Base y como "Mes 11" el mes inmediatamente anterior.)							
		Mes 1		Mes 2		Mes 3	
Prima de antigüedad ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00	
Remuneración por trabajo dominical o festivo		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00	
Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras a realizarse en jornada nocturna		\$ 27.221,79		\$ 27.221,79		\$ 26.343,67	
Remuneración o Bonificación por servicios prestados		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00	
Subtotal Mensual		\$ 27.221,79		\$ 27.221,79		\$ 26.343,67	
		Mes 7		Mes 8		Mes 9	
Prima de antigüedad ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00	
Remuneración por trabajo dominical o festivo		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00	
Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras a realizarse en jornada nocturna		\$ 6.818,83		\$ 6.158,94		\$ 6.818,83	
Remuneración o Bonificación por servicios prestados		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00	
Subtotal Mensual		\$ 6.818,83		\$ 6.158,94		\$ 6.818,83	
36. Sumatoria de Subtotales Mensuales:		\$ 201.387,66		37. Promedio de la sumatoria de Subtotales Mensuales proporcional al número de meses:		\$ 16.782,31	
Total del Numeral 36 dividido entre número de meses del numeral 35							
I. CALCULO DEL SALARIO BASE							
Los Factores de los Numerales 38, 39 y 40 Son los valores Netos a la fecha BASE (fecha del Numeral 29)							
38. ASIGNACION BASICA MENSUAL		\$ 135.684,37					
39. GASTOS DE REPRESENTACION		\$ 0,00 (Si los hubo en el mes que se certifica el salario base)					
40. PRIMA TECNICA		\$ 0,					



emvarias
Grupo epr

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO No. 3 (B)

CERTIFICACION DE SALARIOS MES A MES

Para liquidar Pensiones del Regimen de Prima Media

Ciudad y fecha de expedición certificación:
Medellín, 6 de agosto de 2018

Hoja 1 de 2

Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.

Número consecutivo: 013471

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social:	EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.			2. NIT:	890.905.055-9		
3. Dirección:	Calle 111B No. 64-92	4. Ciudad:	MEDELLIN	Código Dane	0	0	1
		5. Departamento:	ANTIOQUIA	Código Dane	0	5	
6. Telefono:	(094) 470 50 00	7. Fax:	(094) 471 60 83	8. E-Mail:	luis.alvarez@emvarias.com.co		

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICAN SALARIOS

9. Nombre o Razón Social:	EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.			10. NIT:	890.905.055-9		
11. Dirección:	Calle 111B No. 64-92	12. Ciudad:	MEDELLIN	Código	0	0	1
		13. Departamento:	ANTIOQUIA	Código	0	5	
14. Sector:	<input type="checkbox"/> Entidad privada que responde por sus pensiones	<input type="checkbox"/> Sector Público Nacional	<input type="checkbox"/> Sector Público Departamental o Distrital	<input checked="" type="checkbox"/> Sector público Municipal			
15. Telefono:	(094)470 50 00	16. Fax:	(094) 471 60 83	17. E-Mail:	luis.alvarez@emvarias.com.co		

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

18. Apellidos y Nombres completos del trabajador:	MORALES GOMEZ JORGE MAURICIO			19. Documento de Identidad	20. Fecha de Nacimiento		
				TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Día	Mes	Año
				No: 71.590.196	21	10	1960
C.1 Datos de identificación sustitutos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación sustitutos)							
21. Apellidos y Nombres sustitutos del trabajador:				22. Tipo Documento sustituto	23. No. Doc. Sustituto:		
				TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			

D. CERTIFICACION DE SALARIOS MES A MES PARA LA LIQUIDACION DE PENSIONES

NOTA: Hasta el 31 de marzo de 1994 se certifica el salario devengado según el Decreto 1158 de 1994. A partir del 1° de abril de 1994 se certifica el salario sobre el cual se cotizó o se debió cotizar a cualquier administradora del sistema general de Pensiones. Para entidades del orden territorial se debe certificar el salario devengado según el Decreto 1158 de 1994 a mas tardar hasta el 30 de junio de 1995 o fecha en que fue declarada insolvente la caja a la cual se efectuaban aportes.

En el caso de los Regímenes especiales en la Casilla No. 27 (Asignación Básica Mensual) el valor de la asignación básica, será la suma de los factores salariales que no están incluidos en el Decreto 1158 de 1994 sobre los cuales se han efectuado cotizaciones para pensión (Ej.: Sobresueldo INPEC, prima de antigüedad que se paga de manera mensual, etc.). Siempre y cuando exista una norma que especifique que estos factores son válidos para Pensión.


(Si falta espacio use hoja adicional firmada con el mismo número consecutivo)

24. AÑO	25. MES	26. Observaciones	27. Asignación Básica Mensual	28. Gastos de Representación	29. Prima Técnica	30A. Primas de antigüedad ascensional y de capacitación (Factor salarial)	30B. Remuneración por trabajo dominical o festivo	30C. Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras en jornada nocturna	30D. Remuneración por servicios prestados	31. Total mes
1988	Enero									
1988	Febrero									
1988	Marzo									
1988	Abril									
1988	Mayo									
1988	Junio									
1988	Julio									
1988	Agosto									
1988	Septiembre									
1988	Octubre									
1988	Noviembre		\$ 71.070					\$ 779		\$ 71.849
1988	Diciembre		\$ 84.737					\$ 929		\$ 85.666
1989	Enero		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610
1989	Febrero		\$ 98.350					\$ 12.395		\$ 110.744
1989	Marzo		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610
1989	Abril		\$ 105.375					\$ 13.280		\$ 118.655
1989	Mayo		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610
1989	Junio		\$ 105.375					\$ 13.280		\$ 118.655
1989	Julio		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610
1989	Agosto		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610
1989	Septiembre		\$ 105.375					\$ 13.280		\$ 118.655
1989	Octubre		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610
1989	Noviembre		\$ 105.375					\$ 13.280		\$ 118.655
1989	Diciembre		\$ 108.887					\$ 13.723		\$ 122.610

Aceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95.

La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.

Luis Fernando Alvarez Piza	Profesional 5	Res. 06/2010	6/08/2018
Funcionario competente para certificar	Firma del funcionario	Cargo	*Acto administrativo
CC: 71.743.196			Fecha de expedición
Observaciones:	El diligenciamiento de la presente certificación no compromete a la entidad en aquellos casos en que la persona a la cual se le certifica información laboral no tenga derecho a pensión o a ser beneficiario de Bono Pensional. El diligenciamiento de la presente certificación no le genera automáticamente a la persona a la cual se le certifica información laboral, el derecho a una pensión o a ser beneficiario de un Bono Pensional.		



emvarias
Grupo epnj

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO No. 3 (B)

CERTIFICACION DE SALARIOS MES A MES

Para liquidar Pensiones del Regimen de Prima Media

Ciudad y fecha de expedición certificación:

Medellín, 6 de agosto de 2018

Diligenciar este formato de acuerdo a lo especificado en el instructivo.

Número consecutivo: 013471

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social:

EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.

2. NIT:

890.905.055-9

3. Dirección:

Calle 111B No. 64-92

4. Ciudad:

MEDELLÍN

Código Dane:

0001

5. Departamento:

ANTIOQUIA

Código Dane:

05

6. Teléfono:

(094) 470 50 00

7. Fax:

(094) 471 60 83

8. E-Mail:

luis.alvarez@emvarias.com.co

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICAN SALARIOS

9. Nombre o Razón Social:

EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN S.A. E.S.P.

10. NIT:

890.905.055-9

11. Dirección:

Calle 111B No. 64-92

12. Ciudad:

MEDELLÍN

Código:

0001

13. Departamento:

ANTIOQUIA

Código:

05

14. Sector:

☐ Entidad privada que responde por sus pensiones

☐ Sector Público Nacional

☐ Sector Público Departamental o Distrital

☒ Sector público Municipal

15. Teléfono:

(094) 470 50 00

16. Fax:

(094) 471 60 83

17. E-Mail:

luis.alvarez@emvarias.com.co

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

18. Apellidos y Nombres completos del trabajador:

MORALES GOMEZ JORGE MAURICIO

19. Documento de identidad

TI ☐ CC ☒ CE ☐ NIT ☐

No:

71.590.196

20. Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

21 10 1960

C.1 Datos de identificación sustitutos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación sustitutos)

21. Apellidos y Nombres sustitutos del trabajador:

22. Tipo Documento sustituto

TI ☐ CC ☐ CE ☐ NIT ☐

23. No. Doc. Sustituto:

D. CERTIFICACION DE SALARIOS MES A MES PARA LA LIQUIDACION DE PENSIONES

NOTA: Hasta el 31 de marzo de 1.994 se certifica el salario devengado según el Decreto 1158 de 1994. A partir del 1° de abril de 1994 se certifica el salario sobre el cual se cotizó o se debió cotizar a cualquier administradora del sistema general de Pensiones. Para entidades del orden territorial se debe certificar el salario devengado según el Decreto 1158 de 1994 a mas tardar hasta el 30 de junio de 1995 o fecha en que fue declarada insolvente la caja a la cual se efectuaban aportes.

En el caso de los Regímenes especiales en la Casilla No. 27 (Asignación Básica Mensual) el valor de la asignación básica, será la suma de los factores salariales que no están incluidos en el Decreto 1158 de 1.994 sobre los cuales se han efectuado cotizaciones para pensión (Ej.: Sobresueldo INPEC, prima de antigüedad que se paga de manera mensual, etc.). Siempre y cuando exista una norma que especifique que estos factores son válidos para Pensión.

(Si falta espacio use hoja adicional firmada con el mismo número consecutivo)

24. AÑO	25. MES	26. Observaciones	27. Asignación Básica Mensual	28. Gastos de Representación	29. Prima Técnica	30A. Primas de antigüedad ascensional y de capacitación (Factor salarial)	30B. Remuneración por trabajo dominical o festivo	30C. Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras en jornada nocturna	30D. Remuneración por servicios prestados	31. Total mes
1990	Enero		\$ 138.287					\$ 17.632		\$ 155.918
1990	Febrero		\$ 124.904					\$ 16.925		\$ 140.829
1990	Marzo		\$ 53.530					\$ 6.825		\$ 60.355
1990	Abril									
1990	Mayo									
1990	Junio									
1990	Julio									
1990	Agosto									
1990	Septiembre									
1990	Octubre									
1990	Noviembre									
1990	Diciembre									
1991	Enero									
1991	Febrero									
1991	Marzo									
1991	Abril									
1991	Mayo									
1991	Junio									
1991	Julio									
1991	Agosto									
1991	Septiembre									
1991	Octubre									
1991	Noviembre									
1991	Diciembre									

Acceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95.

La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.

Luis Fernando Alvarez Piza

Funcionario competente para certificar

CC: 71.743.196

Firma del funcionario

Profesional 5

Cargo

Res. 06/2010

*Acto administrativo

6/08/2018

Fecha de expedición

Observaciones:

El diligenciamiento de la presente certificación no compromete a la entidad en aquellos casos en que la persona a la cual se le certifica información laboral no tenga derecho a pensión o a ser beneficiario de Bono Pensional.

El diligenciamiento de la presente certificación no le genera automáticamente a la persona a la cual se le certifica información laboral, el derecho a una pensión o a ser beneficiario de un Bono Pensional.

JMORALESG

SOLICITADO POR	mhlecorr 172.27.5.200
FECHA Y HORA	28/11/2019 10:17:26
ENTIDAD	COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION
LA NACION NO PARTICIPA EN EL BONO PENSIONAL



DATOS AFILIADO

Documento	C 71590196	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	21/10/1960
AFP Solicitante	COLFONDOS	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /1	AFP Afiliado	COLFONDOS (10)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	20/09/2000	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	21/09/2000		
ORIGEN DE NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE					
Solicitud	MONALES	GOMEZ	JORGE	MAURICIO	
Registraduria/Das	MORALES	GOMEZ	JORGE	MAURICIO	
ISS/COLPENSIONES	MORALES	GOMEZ	JORGE	MAURICIO	
Documento Alterno No.					

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	28/11/2019	Consecutivo	17 TEMP	Número Liquidación	14	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	28/11/2019	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea	Solicitado por	LUZ EUGENIA CORREA MARTINEZ						
Cargo	AUXILIAR	Teléfono	3765066	Archivo		Registro			
Motivo reproceso									
Archivo Respuesta	PENDIENTE	Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)							

HISTORIA LABORAL



HISTORIA VALIDA PARA BONO

CERTIFICADO POR FONDOS DE PENSIONES RAI / CENISS

NIT/PATRONAL	NIT: 890905055				NOMBRE EMPLEADOR	EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN E.S.P			
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	Origen Información		
LABORAL	04/11/1988	11/03/1990	N	N	\$ 0		CENISS		
LABORAL	12/03/1990	12/03/1990	N	N	\$ 152,466		CENISS		
NIT/PATRONAL	NIT: 890984423				NOMBRE EMPLEADOR	AREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA			
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	Origen Información		
LABORAL	14/03/1990	27/04/1991	N	N	\$ 0		CENISS		
LABORAL	28/04/1991	28/04/1991	N	N	\$ 272,434		CENISS		

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 2018209456 (13 - FACTURACION ANTIOQUIA)				NOMBRE EMPLEADOR	VIVIENDAS Y CONSTRUCCIONES			
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones			
LABORAL	27/08/1991	30/11/1991	S	S	\$ 54,630	3618, 48.29 semanas.			
LABORAL	01/12/1991	29/07/1992	S	S	\$ 197,910	3618, 48.29 semanas.			

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

17

ERROR/OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3618	INCONSISTENCIA: HISTORIA LABORAL CON APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL NO CUMPLE CON EL MINIMO DE SEMANAS REQUERIDAS 150.
3679	OBSERVACIÓN: EL EMISOR NO ES LA NACION.
3779	OBSERVACION: LA NACION NO PARTICIPA EN EL BONO PENSIONAL.
3837	OBSERVACION: EL ISS/COLPENSIONES CERTIFICA QUE NO SE ENCONTRO HISTORIA LABORAL POSTERIOR A 1994

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------	-------------	-----------------------	---------------------------

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	1
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	28/04/1991	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	905(días) , 129 (semanas)	Tiempo Total Trabajado	905
Salario Base	\$272,434	Empleadores Salario Base	AREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	21/09/2000	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	21/10/2022	Tasa Interes (%)	3.0
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)		Causal Redención			
Valor Bruto A F.C.	\$13,157,696	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	\$13,157,696
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	\$0				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGAD
Emisor	890905055 EMPRESAS VARIAS DE MEDELLIN E.S.P	PRE LIQUIDACION	494			\$7,182,212	55	0	0	
Contribuyente	890984423 AREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA	LIQUIDACION PROVISIONAL	411			\$5,975,484	45	0	0	
TOTALES						\$13,157,696		0	0	

[HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE](#)

[HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS](#)

[DETALLE CALCULO](#)

ENVIGADO, 19 de Diciembre de 2019

2019_16993383-21634552

Señor (a):

JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ
CALLE 37 B SUR N° 27E-90 CASA 36
ENVIGADO - ANTIOQUIA

Referencia: Radicado No. 2019_16993383 del 19 de Diciembre de 2019

Ciudadano: JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ

Identificación: C.C. 71590196

Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Traslado de Régimen

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, no ha sido aceptada.

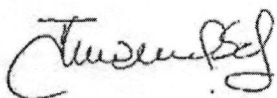
Lo anterior por los siguientes motivos:

Motivos de Rechazo

No es procedente dar trámite a su solicitud, por cuanto la información consultada indica que se encuentra a diez años o menos del requisito de tiempo para pensionarse
--

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Atentamente,



JUANA MASIEL SABOGAL ARDILA,
Directora de Atención y Servicio



0201916993383M40

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SAUJES DE LOS RECUADROS		REGIONAL	ANTIOQUIA	OFICINA	
DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo Comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	N.º de documento	71590196	Fecha de nacimiento	Año 1 9 6 0 Mes 1 0 Día 2 1
Primer apellido	MORALES	Segundo apellido	GOMEZ		
Primer nombre	JORGE	Segundo nombre	MAURICIO		
Municipio de nacimiento	MEDELLIN	Departamento de nacimiento	ANTIOQUIA	Sexo:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	COLOMBIANO	Dirección residencia	CALLE 37B SUR N° 27E-90 CASA 36	Ingreso mensual	\$ 4.688.010
Municipio de residencia	ENVIGADO	Barrio / vereda de residencia	LOMA DE LAS BRUJAS	Salario integral	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento de residencia	ANTIOQUIA	Teléfono	383 79 37	Celular	320 788 69 28
Ocupación u oficio	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Es empleador	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Alto riesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico	mauricio.morales@antioquia.gov.co	AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil).			

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	N.º de documento	890900286	DV	0	Código CIIU	
NATURALEZA	Pública <input checked="" type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	Razón social o nombre	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA				
Dirección	CALLE 42B 52-106	Municipio	MEDELLIN				
Barrio / vereda	ALPUJARRA	Departamento	ANTIOQUIA	Sucursal			
Teléfono	3838245	Celular		Correo electrónico	rubian.montoya@antioquia.gov.co		

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento		Fecha de nacimiento	Año Mes Día
Primer apellido		Segundo apellido			
Primer nombre		Segundo nombre			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia	
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono		Celular	
Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Correo electrónico			
2 Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento		Fecha de nacimiento	Año Mes Día
Primer apellido		Segundo apellido			
Primer nombre		Segundo nombre			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia	
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono		Celular	
Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Correo electrónico			

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD	Vinculación inicial <input type="checkbox"/> Traslado de régimen <input checked="" type="checkbox"/> Traslado de entidad diferente <input type="checkbox"/> Vinculación laboral <input type="checkbox"/>	Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Subsidiado	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior	COLFONDOS	Código		Tarifa con la que debe cotizar	%
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	Código			
1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. 2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: el afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.					

V. FIRMAS

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
		RUBIAN MONTOYA PIEDRAHITA	

“Ven por tu FUTURO”



FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ESTE FORMULARIO NO TIENE NINGÚN COSTO

Señor ciudadano bienvenido a COLPENSIONES. Para registrar su afiliación al Sistema General de Pensiones proceda a diligenciar este formulario, el cual no requiere anexos para su presentación. Diligencie el formulario en letra mayúscula e imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros.

IMPORTANTE: CAMPOS DE USO EXCLUSIVO DE COLPENSIONES

- **Regional:** Hace referencia a la regional donde corresponde la afiliación.
- **Oficina:** Punto de atención donde corresponde la afiliación.
- **Ejecutivo comercial:** Funcionario de COLPENSIONES encargado de realizar la gestión comercial ante los empleadores y terceros.
- **Doc. Ejecutivo comercial:** Hace referencia al documento de identidad del Ejecutivo comercial.

CAMPOS A DILIGENCIAR POR EL SOLICITANTE:

- Llene la casilla de acuerdo a la modalidad que pertenece, Trabajador **Dependiente** o Trabajador **Independiente**.

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, CD Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería o PA si es pasaporte.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día, de acuerdo con el documento de identidad.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Municipio de nacimiento:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio de nacimiento.
- **Departamento de nacimiento:** Escriba el nombre del departamento de nacimiento.
- **Sexo:** Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- **Ingreso mensual:** Escriba su ingreso mensual.
- **Salario integral:** Indique si o no el ingreso percibido, corresponde a un salario integral.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
- **Barrio/vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
- **Teléfono:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Es empleador:** Llene la casilla si tiene o no empleados a su cargo.
- **Ocupación u oficio:** Escriba la ocupación u oficio que desempeña.
- **Alto Riesgo:** Indique si la actividad que desarrolla está catalogada como de alto riesgo.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensaje móvil): Indique si autoriza a COLPENSIONES para que se le envíe información a través del correo electrónico, marcando Sí o No según corresponda, si marca Sí, debe colocar el correo electrónico.

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Se diligencia si la persona es dependiente

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponde así: CC si es cédula de ciudadanía, NIT si es Número Identificación Tributaria, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, CD Carné Diplomático o TI si es tarjeta de identidad.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.
- **DV:** Si el tipo de documento es NIT digite el número del dígito de verificación.
- **Código CIIU:** Este campo debe ser registrado por el empleador ingresando el código de clasificación de la actividad económica que realiza el empleador o agrupación de acuerdo con su RUT (Registro único tributario).
- **Naturaleza:** Llene la casilla según corresponda, si la empresa es **Pública** o **Privada**.
- **Razón social o nombre:** Escriba la razón social o nombre del empleador. Si es trabajador independiente y la afiliación se tramita por intermedio de una entidad agrupadora o gremio indique el nombre o razón social de la entidad. Si es en forma individual deje en blanco.
- **Dirección:** Escriba la dirección donde desarrolla las actividades su empleador o entidad agrupadora.
- **Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Barrio/Vereda:** Indique el barrio o vereda en el cual el empleador o entidad agrupadora desarrolla sus actividades.
- **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Sucursal:** Consulte con su empleador el código de la sucursal.
- **Teléfono:** Escriba el número telefónico del sitio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Celular:** registre el número de celular de contacto con el empleador o entidad agrupadora.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico de contacto con el empleador o entidad agrupadora.

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Relacione los miembros del núcleo familiar con derecho, teniendo cuidado de diligenciar todas las casillas así:

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte o RC si es un registro civil para menores de 7 años.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día, de acuerdo con el documento de identidad.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia del beneficiario en forma completa.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside el beneficiario.
- **Barrio/vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside el beneficiario.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside el beneficiario.
- **Sexo:** Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.
- **Teléfono:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **Parentesco:** Llene la casilla así: 1 cónyuge, 2 compañero permanente, 3 padres, 4 hijos, 5 hijos inválidos y 6 hermanos inválidos.

Repita el anterior ejercicio por cada uno de sus beneficiarios, si son mas de 2 por favor diligencie otro formulario.

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

- **Tipo novedad:** Llene la casilla según se trate:
 - o **Vinculación inicial:** Se debe marcar solo si es por primera vez que se afilia al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.
 - o **Traslado de régimen:** Se debe marcar si se está trasladando de una Administradora de Fondo de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida (COLPENSIONES) y se podrá efectuar cuando hayan transcurrido por lo menos cinco (5) años de afiliación a la Administradora anterior.
 - o **Traslado de entidad diferente:** Se debe marcar si se está trasladando de otra Administradora de Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida u otra entidad diferente a la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones).
 - o **Vinculación laboral:** Se debe marcar si la persona ya pertenece al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y desea reportar una nueva vinculación con un nuevo empleador.
- **Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público:** Llene la casilla SI o NO según se trate.
- **Subsidiado:** Llene la casilla según corresponda y haya tramitado una vinculación a través del consorcio PROSPERAR.
- **Si marco traslado indique administradora de pensiones anterior:** Escriba la Administradora de Pensiones anterior y el código de la AFP anterior.
- **El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones:** Llene la casilla según corresponda, la ubicación del trabajador en actividades de alto riesgo de empresa privada u oficial.
- **Cuál?:** Escriba el régimen especial de pensiones al cual pertenece y el código correspondiente a dicho régimen.
- **Tarifa con la que debe cotizar:** Escriba el porcentaje que debe liquidar de aporte al régimen especial en pensiones.

V. FIRMAS

- **Firma del afiliado o solicitante:** Proceda a firmar su solicitud de afiliación en pensiones, con el cual garantiza acogerse a los beneficios del Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida administrada por COLPENSIONES.
- **Huella del afiliado:** Registre la huella de su índice derecho esto evitará suplantación al momento del reconocimiento de la contraprestación económica a la que tenga derecho.
- **Nombre, apellidos del representante legal o persona autorizada:** Ingrese los nombres y apellidos del representante legal del empleador.
- **Firma del representante legal o persona autorizada:** Señor empleador proceda a firmar la solicitud de afiliación en pensiones.

NOTAS FINALES: Usted recibirá una copia de su afiliación, su empleador recibirá otra copia como constancia del trámite adelantado. Recuerde que usted dispone de cinco (5) días calendario para retractarse de su afiliación en pensiones. Cualquier consulta adicional con gusto lo atenderemos en nuestros canales: Puntos de atención, Call center y página web desde cualquier lugar del país sin costo alguno.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

71.590.196

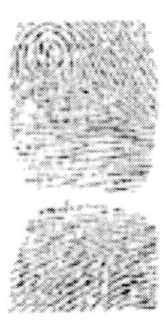
APellidos

MORALES GOMEZ

NOMBRES

JORGE MAURICIO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

21-OCT-1960

MEDELLIN

(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

23-FEB-1979

MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A 0100100-00215213-M-0071590196 20100216

0020965607A 1

2060627797

CÁMARA DE COMERCIO DE MEDELLÍN PARA ANTIOQUIA

Certificado generado a través de taquillas

Lugar y fecha: Medellín, 2015/10/21

Hora: 11:38

Número de radicado: 0013210050 - ATPDMC

Página: 1



Código de verificación: YbtVURiDulmjkWcl

Copia: 1 de 1

Para verificar el contenido y confiabilidad de este certificado, ingrese a www.certificadoscamara.com y digite el código de verificación. Este certificado, que podrá ser validado por una única vez, corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

CERTIFICADO DE REGISTRO MERCANTIL

El SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN PARA ANTIOQUIA, con fundamento en las matriculas de Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE

COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS
PUDIENDO USAR LA DENOMINACION DE
COLFONDOS S.A

IDENTIFICACION

N 800149496-2

DOMICILIO PROPIETARIO(A)

BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA, COLOMBIA

CERTIFICA

DIRECCIÓN(ES) PARA NOTIFICACION JUDICIAL

Calle 67 7 94 PISO 19 BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA, COLOMBIA

CERTIFICA

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

NOMBRE

COLFONDOS REGIONAL ANTIOQUIA

DIRECCION

Establecimiento-Sucursal

CIUDAD

Calle 11 B No. 40 A 172

MATRICULA NUMERO

MEDELLÍN

RENOVACION MATRICULA

21-237694-02 de Septiembre 17 de 1992

Enero 27 de 2015

ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIIU VERSIÓN 4.0 A.C.

6630: Actividades de administración de fondos

CERTIFICA

APERTURA AGENCIA: Que mediante Acta No.1 de febrero 17 de 1992, de la Junta Directiva, inscrita en esta Cámara el 17 de septiembre de 1992, libro 6 folio 821 bajo el No.4132, se aprobó la apertura de una Agencia

CÁMARA DE COMERCIO DE MEDELLÍN PARA ANTIOQUIA

Certificado generado a través de taquillas
Lugar y fecha: Medellín, 2015/10/21
Número de radicado: 0013210050 - ATPDMC

Hora: 11:38
Página: 2



Código de verificación: YbtVURiDulmjkWcl Copia: 1 de 1

en la ciudad de Medellín 237694-2

CONVERSION: Que por Extracto del Acta Nro. 135 de febrero 21 de 2003, de la Junta Directiva, registrada en esta Cámara el 25 de julio de 2003, en el libro 6o., bajo el Nro. 5182, se convierte de Agencia en Sucursal (237694-2).

CERTIFICA

NOMBRAMIENTO:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE SUCURSAL COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y DE CESANTIAS S.A.	CLARA HELENA HERNANDEZ ORTIZ DESIGNACION	43,034,139

Por Acta No 173 del 25 de abril de 2006, de la Junta Directiva, aclarada por Acta No.176 del 17de julio de 2006, registradas en esta Cámara de Comercio el 15 de septiembre de 2006, en el libro 6o., bajo el Nro 7705.

CERTIFICA

ACTO:	EMBARGO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO
DOCUMENTO:	OFICIO NRO.: 996-2015 FECHA: 2015/09/09
RADICADO:	05001-31-05-015-2011-0188
PROCEDENCIA:	JUZGADO SEGUNDO LABORAL DE DESCONGESTION PARA PROCESOS EJECUTIVOS DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN
PROCESO:	EJECUTIVO LABORAL
DEMANDANTE:	ILDERY ESTEFANIA BECERRA ZAPATA
DEMANDADO:	COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS
BIEN:	ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: COLFONDOS REGIONAL ANTIOQUIA
MATRÍCULA:	21-237694-02
DIRECCIÓN:	CALLE 11 B NO. 40 A 172 MEDELLÍN
INSCRIPCIÓN:	2015/09/15 LIBRO: 8 NRO.: 2080

CERTIFICA

NOMBRE	COLFONDOS MEDELLIN CENTRO
DIRECCION	Establecimiento-Sucursal
CIUDAD	Calle 53 No. 43 87 Local 1
MATRICULA NUMERO	MEDELLÍN
RENOVACION MATRICULA	21-261272-02 de Marzo 03 de 1995
	Enero 27 de 2015

ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIIU VERSIÓN 4.0 A.C.

CÁMARA DE COMERCIO DE MEDELLÍN PARA ANTIOQUIA

Certificado generado a través de taquillas

Lugar y fecha: Medellín, 2015/10/21

Número de radicado: 0013210050 - ATPDMC

Hora: 11:38

Página: 3



Código de verificación: YbtVURiDulmjkWcl

Copia: 1 de 1

6630: Actividades de administración de fondos

CERTIFICA

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN JUDICIAL: CALLE 53 N°43 - 87 LOC 1

CERTIFICA

APERTURA AGENCIA: Que por Acta No. 27 de febrero 17 de 1994, de la Junta Directiva, inscrita en esta Cámara el 3 de marzo de 1995, libro 6 folio 164 bajo el No.1147, se aprobó la apertura de una Agencia en la ciudad de Medellín 261272-2

CONVERSION: Que por Extracto del Acta Nro. 135 de febrero 21 de 2003, de la Junta Directiva, registrada en esta Cámara el 25 de julio de 2003, en el libro 6o., bajo el Nro. 5183, se convierte de Agencia en Sucursal (261272-2).

CERTIFICA

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE SUCURSAL COLFONDOS LA PLAYA	CLARA HELENA HERNANDEZ ORTIZ DESIGNACION	43.034.139

Por Acta No 173 del 25 de abril de 2006, de la Junta Directiva, aclarada por Acta No.176 del 17de julio de 2006, de la Junta Directiva, registrada en esta Cámara de Comercio el 15 de septiembre de 2006, en el libro 6o, bajo el No 7707.

SUPLENTE SUCURSAL COLFONDOS LA PLAYA	MARIA CECILIA CASTRILLON DESIGNACION	42.886.531
---	---	------------

Por extracto de acta número 189 del 28 de agosto de 2007, de la Junta Directiva registrada parcialmente en esta Cámara el 10 de diciembre de 2007, en el libro 6, bajo el número 10454

CERTIFICA

NOMBRE	COLFONDOS POBLADO
DIRECCION	Establecimiento-Sucursal
CIUDAD	Carrera 43 A No. 1 50
MATRICULA NUMERO	MEDELLÍN
RENOVACION MATRICULA	21-289696-02 de Mayo 14 de 1997
	Enero 27 de 2015

ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIIU VERSIÓN 4.0 A.C.

CÁMARA DE COMERCIO DE MEDELLÍN PARA ANTIOQUIA

Certificado generado a través de taquillas

Lugar y fecha: Medellín, 2015/10/21

Número de radicado: 0013210050 - ATPDMC

Hora: 11:38

Página: 4



Código de verificación: YbtVURiDulmjkWcl

Copia: 1 de 1

6630: Actividades de administración de fondos

CERTIFICA

APERTURA AGENCIA: Que por Acta No.24 de noviembre 30 de 1993, de la Junta Directiva, inscrita en esta Cámara el 14 de mayo de 1997, libro 6 folio 450 bajo el No.3144, se aprobó la Apertura de una Agencia (289696-2)

CONVERSION: Que por Extracto del Acta Nro. 135 de febrero 21 de 2003, de la Junta Directiva, registrada en esta Cámara el 25 de julio de 2003, en el libro 6o., bajo el Nro. 5185, se convierte de Agencia en Sucursal (289696-2).

CERTIFICA

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE SUCURSAL COLFONDOS POBLADO	CLARA HELENA HERNANDEZ ORTIZ DESIGNACION	43.034.139

Por Acta No 173 del 25 de abril de 2006, de la Junta Directiva, registrada en esta Cámara de Comercio el 15 de septiembre de 2006, en el libro 6o, bajo el Nro 7709.

SUPLENTE SUCURSAL COLFONDOS POBLADO	MARIA CECILIA CASTRILLON DESIGNACION	42.886.531
-------------------------------------	---	------------

Por extracto de acta número 189 del 28 de agosto de 2007, de la Junta Directiva registrada parcialmente en esta Cámara el 10 de diciembre de 2007, en el libro 6, bajo el número 10453

CERTIFICA

PROCEDENCIA DE LOS ANTERIORES DATOS: Que la información anterior ha sido tomada directamente del formulario de matrícula, y sus renovaciones posteriores diligenciado por el comerciante.

Los actos de inscripción aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de su notificación, siempre que los mismos no hayan sido objeto de los recursos, en los términos y en la oportunidad establecidas en los artículos 74 y 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de

23

CÁMARA DE COMERCIO DE MEDELLÍN PARA ANTIOQUIA

Certificado generado a través de taquillas

Lugar y fecha: Medellín, 2015/10/21

Número de radicado: 0013210050 - ATPDMC

Hora: 11:38

Página: 5



Código de verificación: YbtVURiDulmjkWcl

Copia: 1 de 1

Comercio de Medellín para Antioquia, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual, puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, por una sola vez y en un plazo no mayor a 30 días contados desde el momento de su expedición, ingresando a www.certificadoscamara.com y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

SANDRA MILENA MONTES PALACIO
DIRECTORA DE REGISTROS PÚBLICOS

20
24

Señor

JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN (Reparto)
E.S.D.


JORGE MAURICIO MORALES GÓMEZ, mayor de edad y vecino de Envigado, Antioquia, identificado como aparecerá al pie de mi firma, me dirijo a usted con el fin de manifestarle que por el presente escrito confiero poder especial amplio y suficiente a **EDGAR ALBERTO DUQUE GUTIERREZ**, abogado titulado con T.P. 60.967 del Consejo Superior de la judicatura, para que inicie y lleve terminación ante su despacho **PROCESO ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**, en contra de las entidades de la seguridad social **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES, COLPENSIONES**, representada legalmente por el señor **MAURICIO OLIVERA GONZÁLEZ**, o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la demanda; y a la **SOCIEDAD COLFONDOS S.A.** con domicilio en la ciudad de Medellín, según certificado de Cámara de Comercio que se anexa y representada legalmente por la señora **CLARA ELENA HERNÁNDEZ**, o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la demanda y con el objeto de que se realicen las siguientes declaraciones y condenas:

- Que se declare la ineficacia del traslado, por nulidad, que realicé del régimen de prima media con prestación definida, al régimen de ahorro individual con solidaridad, traslado que se efectuó en razón a la indebida información que me fue proporcionada por la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS COLFONDOS S.A.** que terminó desmejorando ostensiblemente mi situación pensional.
- Como consecuencia de la anterior declaración, se ordene a la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES, COLPENSIONES**, reactivar mi afiliación al régimen de prima media con prestación definida.
- Se condene a **COLFONDOS S.A.**, al traslado de la totalidad de los dineros acreditados en mi cuenta de ahorro individual al Fondo **COLPENSIONES**; al pago de los perjuicios ocasionados con el traslado del régimen y a las costas procesales y agencias en derecho.
- Cualquier otro pago o prestación que resulte probada en el proceso.

El apoderado queda facultado para conciliar, transigir, sustituir, reasumir, recibir, y en general con las facultades inherentes al mandato judicial.

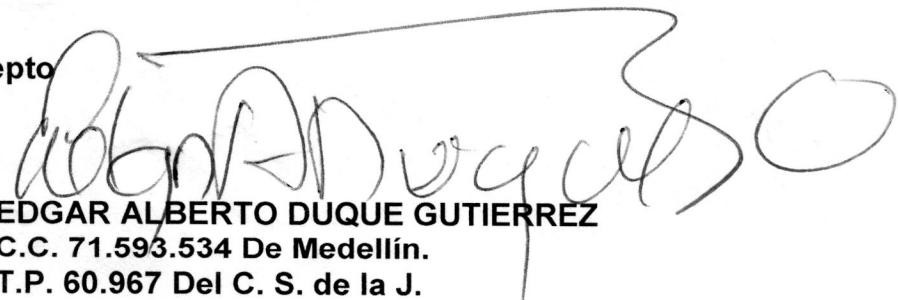
Sírvase señor Juez reconocerle personería

Atentamente,



JORGE MAURICIO MORALES GÓMEZ
C.C. 71.590.196 De Medellín

Acepto



EDGAR ALBERTO DUQUE GUTIERREZ
C.C. 71.593.534 De Medellín.
T.P. 60.967 Del C. S. de la J.



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



13920

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el veintiocho (28) de enero de dos mil veinte (2020), en la Notaría Veintitrés (23) del Círculo de Medellín, compareció:

JORGE MAURICIO MORALES GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0071590196, presentó el documento dirigido a JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN R y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

----- Firma autógrafa -----



5x2p1smly9qv
28/01/2020 - 11:24:31:834



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



AMANDA DE JESÚS HENAO RODRÍGUEZ
Notaria veintitrés (23) del Círculo de Medellín

Amanda Henao R.

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 5x2p1smly9qv



Bienvenido

www.ramajudicial.gov.co[Iniciar Sesión](#)

miércoles, 11 de marzo de 2020

Sala Disciplinaria - Consulta de Antecedentes Disciplinarios



Buscar por: ☐ Funcionario Judicial ☒ Abogado ☐ Licencia Temporal

Número Documento:

República de Colombia
Rama Judicial



Consejo Superior de la Judicatura
Sala Jurisdiccional Disciplinaria

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
DE ABOGADOS**

LA SUSCRITA SECRETARIA JUDICIAL
DE LA SALA JURISDICCIONAL DISCIPLINARIA
DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CERTIFICADO No. 258626

CERTIFICA :

Que revisados los archivos de antecedentes de esta Corporación así como los del Tribunal Disciplinario, no aparece registrada sanción alguna contra el (la) doctor (a) **EDGAR ALBERTO DUQUE GUTIERREZ** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **No. 71593534** y la tarjeta de abogado (a) **No. 60967** por falta a la ética profesional, durante los últimos cinco(5) años (ACUERDO No. 009 DEL 12 DE MAYO DE 1992).

Este Certificado no acredita la calidad de Abogado

Nota: Si el No. de la Cédula, el de la Tarjeta Profesional ó los nombres y/o apellidos, presentan errores, favor dirigirse al Registro Nacional de Abogados.

La veracidad de este antecedente puede ser consultado en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co en el link Certificado de Antecedentes Disciplinarios.

Bogotá, D.C., DADO A LOS ONCE (11) DIAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTE (2020)

Consejo Superior
de la Judicatura

YIRA LUCIA OLARTE AVILA
SECRETARIA JUDICIAL