


1001310502220210023600 - SOLICITUD DE TERMINACIÓN DEL PROCESO – ART. 21 DECRETO REGLAMENTARIO 1225 DE 2024

Desde YULIS ANGELICA VEGA FLOREZ <vegaflorezabogados@gmail.com>

Fecha Lun 10/03/2025 15:29

Para Juzgado 22 Laboral Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <jlato22@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivo adjunto (509 KB)

MEMORIAL SOLICITA TERMINACION DEL PROCESO ART 21 DECRETO 1225 DE 2024.pdf;

Bogotá D.C., marzo de 2025

Señora Juez

Dra. CLAUDIA CONSTANZA QUINTANA CELIS

JUZGADO VEINTIDÓS (22°) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

jlato22@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

ASUNTO	:	SOLICITUD DE TERMINACIÓN DEL PROCESO – ART. 21 DECRETO REGLAMENTARIO 1225 DE 2024
TIPO DE PROCESO	:	ORDINARIO LABORAL
DEMANDANTE	:	BERNARDO CERON DE SOUSA
DEMANDADOS	:	COLPENSIONES – COLFONDOS S.A.
RADICADO	:	1001310502220210023600

Cordial Saludo,

Me permito allegar memorial en documento adjunto.

Atentamente,

--

YULIS ANGÉLICA VEGA FLÓREZ

T.P.N°154.579 del C.S. de la J.

vegaflorezabogados@gmail.com

Teléfono 310 850 24 03 - 316 824 10 52

Bogotá D.C., marzo de 2025

Señora Juez

Dra. CLAUDIA CONSTANZA QUINTANA CELIS

JUZGADO VEINTIDÓS (22°) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

jlato22@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.

S.

D.

**ASUNTO : SOLICITUD DE TERMINACIÓN DEL PROCESO –
ART. 21 DECRETO REGLAMENTARIO 1225 DE
2024**

TIPO DE PROCESO : ORDINARIO LABORAL

DEMANDANTE : BERNARDO CERON DE SOUSA

DEMANDADOS : COLPENSIONES – COLFONDOS S.A.

RADICADO : 1001310502220210023600

Respetada Señora Juez,

En mi calidad de apoderada de la parte demandante, y coadyuvando las peticiones elevadas el 13 de enero y 24 de febrero de 2025 por parte de Colfondos y Colpensiones, respectivamente, me permito presentar a su despacho solicitud de terminación del proceso en virtud de lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 2381 de 2024 y el artículo 21 numeral 2 del Decreto Reglamentario 1225 de 2024; toda vez que el señor BERNARDO CERON DE SOUSA se encuentra afiliado al Régimen de Prima Media administrado por Colpensiones, entidad en la que se adelanta solicitud de reconocimiento de pensión de vejez.

Por lo anterior adjunto al presente memorial Certificado de Afiliación expedido por la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones y Formulario de prestaciones económicas radicado el 30 de enero de 2025 bajo el número 2025_1374459.

Finalmente, solicito al despacho no condenar en costas a mi representado.

Agradezco su atención.

Cordialmente,



YULIS ANGELICA VEGA FLOREZ

C.C. N°52.269.415 de Bogotá

T.P.N° 154.579 del C.S de la J.

Email: vegaflorezabogados@gmail.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BERNARDO CERON DE SOUSA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79140791**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



I. TIPO DE RIESGO

☒ Vejez☐ Invalidez☐ Muerte☐ Indemnización sustitutiva

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

☒ Pensión de vejez☐ Pensión vejez compartida☐ Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido☐ Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez☐ Pensión vejez alto riesgo☐ Pensión vejez periodista☐ Pensión vejez convenios internacionales☐ Pensión Invalidez☐ Pensión Invalidez convenios internacionales☐ Pensión Sobrevivientes☐ Sustitución pensional☐ Sustitución Provisional ley 1204/08☐ Pensión Sobrevivientes convenios internacionales☐ Indemnización vejez☐ Indemnización Invalidez☐ Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

Públicos no cotizados a Colpensiones

SI NO
☐ ☒

Privados

☒ ☐

Régimen especial

☐ ☒

IV. TIPO DE SOLICITUD

☒ Reconocimiento☐ Retiquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

☐ Recurso de reposición☐ Recurso de queja☐ Recurso de apelación☐ Nuevo Estudio☐ Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones?

SI NO
☐ ☐Si usted respondió SI, es necesario que aporte la información referente a los roles faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por lo anterior, diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento

CC X CE F TI P

Número de documento

7 9 1 4 0 7 9 1

Fecha de nacimiento

Año 1 9 5 6 Mes 11 Día 2 4

Sexo

M X F ☒ ☐ ☐

Primer apellido

CERON

Segundo apellido

DE SOUSA

Primer nombre

BERNARDO

Segundo nombre

Dirección Correspondencia

CALLE 81 # 11-68 OFICINA 308

Ciudad / Municipio

BOGOTÁ

Barrio

EL RETIRO

Departamento

CUNDINAMARCA

Teléfono

6 0 1 6 2 7 1 4 7 0

Celular

3 1 0 8 5 0 2 4 0 3

Fax

Correo electrónico

yulisvega302@hotmail.com

Adjunta formulario autorización
notificación por correo electrónico.

SI X NO

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada ÚNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento

CC CE F P RC TI

Número de documento

Fecha de nacimiento

Año Mes Día

Sexo

M F ☐ ☐

Primer apellido

Segundo apellido

Parentesco

Cónyuge

Compañero(a)

Primer nombre

Segundo nombre

☐ Hijos menores☐ Hijos estudiantes 18-25 años☐ Hijo invalido☐ Padres☐ Hermano invalido☐ Otro

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio

Barrio

Departamento

Teléfono

Celular

Fax

Correo electrónico

Adjunta formulario autorización
notificación por correo electrónico.

SI NO

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta 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 refieran 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 para 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.

BENEFICIARIO 2

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		Número de documento	Fecha de nacimiento Año	Mes	Día	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer apellido		Segundo apellido	Parentesco		Cónyuge	Compañero (a)
Primer nombre		Segundo nombre	<input type="checkbox"/> Hijos menores		<input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/> Hijo inválido
			<input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Hermano inválido	<input type="checkbox"/> Otro
Dirección Correspondencia						
Ciudad / Municipio		Barrio	Departamento			
Teléfono		Celular	Fax			
Correo electrónico		Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

BENEFICIARIO 3

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		Número de documento	Fecha de nacimiento Año	Mes	Día	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer apellido		Segundo apellido	Parentesco		Cónyuge	Compañero (a)
Primer nombre		Segundo nombre	<input type="checkbox"/> Hijos menores		<input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/> Hijo inválido
			<input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Hermano inválido	<input type="checkbox"/> Otro
Dirección Correspondencia						
Ciudad / Municipio		Barrio	Departamento			
Teléfono		Celular	Fax			
Correo electrónico		Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de documento 5 2 2 6 9 4 1 5	Tarjeta Profesional / Provisional 1 5 4 5 7 9
Primer apellido VEGA	Segundo apellido FLOREZ	
Primer nombre YULIS	Segundo nombre ANGELICA	
Dirección Correspondencia CALLE 81 # 11 - 68 OFICINA 308		
Ciudad / Municipio BOGOTA	Barrio EL RETIRO	Departamento CUNDINAMARCA
Teléfono 6 0 1 6 2 7 1 4 7 0	Celular 3 1 0 8 5 0 2 4 0 3	Fax
Correo electrónico yulisvega302@hotmail.com		Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="checkbox"/> Curador	<input type="checkbox"/> Tercero autorizado	<input type="checkbox"/> Representante legal
Primer apellido	Segundo apellido			
Primer nombre	Segundo nombre			
Dirección Correspondencia		Razón Social	NIT	
Ciudad / Municipio	Barrio	Departamento		
Teléfono	Celular	Fax		
Correo electrónico		Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SOLICITANTE

52.269.415

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu
FUTURO"

