


RV: Cumplimiento a requerimiento de pruebas ilegibles, Radicado: 11001310502120210026400, Dte: ADRIANA ESQUIVEL

Juzgado 21 Laboral - Bogotá - Bogotá D.C. <jlato21@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 22/09/2021 11:50

Para: German Yate Rayo <gyater@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (2 MB)

Folios 70 a 71.pdf; Folios 132 a 135.pdf; MEMORIAL ALLEGA FOLIOS ILEGIBLES ADRIANA ESQUIVEL NIÑO.pdf;

Cordialmente,



NINI JOHANNA VILLA HUERGO

SECRETARIA

JUZGADO 21 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

Carrera 7 No. 12 C - 23 Piso 9°

Edificio Nemqueteba.

Teléfonos 282 3210 - Fax 28816897

jlato21@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Global Lex Consultores S.A.S <globallexco@gmail.com>

Enviado: miércoles, 22 de septiembre de 2021 11:11 a. m.

Para: Juzgado 21 Laboral - Bogotá - Bogotá D.C. <jlato21@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Cumplimiento a requerimiento de pruebas ilegibles, Radicado: 11001310502120210026400, Dte: ADRIANA ESQUIVEL

SEÑOR JUEZ (A)

JUZGADO VEINTIUNO (21) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.S.D.

REFERENCIA: CUMPLIMIENTO REQUERIMIENTO DE PRUEBAS ILEGIBLES

RADICADO: 11001310502120210026400

TIPO DE PROCESO: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA

DEMANDANTE: ADRIANA ESQUIVEL NIÑO

DEMANDADOS: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES Y OTROS.

JAIME AUGUSTO ESCOBAR SANCHEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **79.921.297** de Bogotá D.C., portador de la tarjeta profesional de abogado No. **186.116** del C.S.J., actuando como apoderado de la parte demandante, de manera atenta me permito allegar a su despacho las documentales ilegibles, que obraban a folios 70 a 71 y 132 a 135 del expediente.

Con lo anterior se da cumplimiento al requerimiento inmerso en el auto admisorio de la demanda.

Sin otro particular, del señor juez

Cordialmente.

JAIME AUGUSTO ESCOBAR SÁNCHEZ
CC. 79.921.297 de Bogotá
TP. 186.116 del C. S. de la Judicatura.

Anexos: Copia legible de los folios 70 a 71 y 132 a 135 del expediente en formato pdf.

--

GLOBAL LEX CONSULTORES S.A.S.

LA MEJOR OPCIÓN JURÍDICA Y CONTABLE PARA USTED.

Cra. 80 Bis No. 7 A - 15 Int. 04 Oficina 904 - Sede Principal. Bogotá D.C - COLOMBIA

Móvil: 3108680668

Cra 5 No. 01 No 80 - 17 T. 01 Apto/ Off 702 - Edf. Portobello - Ibagué (Tolima).

Cra 18 No. 23 - 20 Off. 804 Edf. Antigua Caja Agraria. - Sincelejo (Sucre).

**Calle 13 C No. 48A - 38 Segundo Piso - Cali (Valle).Cra 14 No 13C - 60 Off 205 - Edf. Agora -
Valledupar (Cesar).**

www.globallex.com.co

SEÑOR JUEZ (A)
JUZGADO VEINTIUNO (21) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
E.S.D.

REFERENCIA: CUMPLIMIENTO REQUERIMIENTO DE PRUEBAS ILEGIBLES

RADICADO: 11001310502120210026400
TIPO DE PROCESO: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA
DEMANDANTE: ADRIANA ESQUIVEL NIÑO
DEMANDADOS: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES Y OTROS.

JAIME AUGUSTO ESCOBAR SANCHEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **79.921.297** de Bogotá D.C., portador de la tarjeta profesional de abogado No. **186.116** del C.S.J., actuando como apoderado de la parte demandante, de manera atenta me permito allegar a su despacho las documentales ilegibles, que obraban a folios 70 a 71 y 132 a 135 del expediente.

Con lo anterior se da cumplimiento al requerimiento inmerso en al auto admisorio de la demanda.

Sin otro particular, del señor juez

Cordialmente.



JAIME AUGUSTO ESCOBAR SÁNCHEZ
CC. 79.921.297 de Bogotá
TP. 186.116 del C. S. de la Judicatura.

Anexos: Copia legible de los folios 70 a 71 y 132 a 135 del expediente en formato pdf.

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 abril/2021
ACTUALIZADO A: 30 abril 2021

C 51965567 ADRIANA ESQUIVEL NIÑO

Las semanas de los periodos de abril y mayo de 2020 con observación "Pago Decreto 558/2020 COVID 19", serán consideradas en el reconocimiento pensional para: Cumplir requisito de las 1300 semanas, Cuando se trate de una pensión de vejez con 1 SMLMV y para el otorgamiento de las pensiones de invalidez y muerte.

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS ANTERIORES A 1995

Este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas hasta el 31 de diciembre de 1994.

[27] Identificación Empleador	[28] Nombre o Razón Social	[29] Ciclo Desde	[30] Ciclo Hasta	[31] Asignación Básica Mensual	[32] Dias Rep.	[33] Observación
1006151228	CHOLO DE NOVOA MARIA INES	16/09/1994	31/12/1994	\$ 98.700	107	Pago aplicado al periodo declarado
1006300024	CIA GRANADINA DE SEGUROS	31/10/1988	31/12/1988	\$ 30.150	62	Pago aplicado al periodo declarado
1006300024	CIA GRANADINA DE SEGUROS	01/01/1989	16/11/1989	\$ 39.310	320	Pago aplicado al periodo declarado
1009880062	ESQUIVEL NINO ADRIANA	20/05/1992	31/12/1992	\$ 70.260	226	Pago aplicado al periodo declarado
1009880062	ESQUIVEL NINO ADRIANA	01/01/1993	30/09/1993	\$ 79.290	273	Pago aplicado al periodo declarado

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS A PARTIR DE 1995

En el siguiente reporte encontrará el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Periodo	[38] Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40] BC Reportado	[41] Cotización Pagada	[42] Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Dias Rep.	[45] Dias Cot.	[46] Observación
20125905	CHOLO DE NOVOA MARIA INES	NO	199502	02/03/1995	25009901000618	\$ 145.000	\$ 18.125	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
20125905	CHOLO DE NOVOA MARIA INES	NO	199503	05/04/1995	25009901001233	\$ 145.000	\$ 18.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
20125905	CHOLO DE NOVOA MARIA INES	NO	199504	10/05/1995	25009901001840	\$ 145.000	\$ 18.125	\$ 0	R	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
860536212	AG DE SEG DEL TRANSPORTE LTDA	NO	199508	25/09/1995	50011001005047	\$ 150.000	\$ 18.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
860536212	AG DE SEG DEL TRANSPORTE LTDA	NO	199509	20/10/1995	53202701011392	\$ 150.000	\$ 18.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
860536212	AG DE SEG DEL TRANSPORTE LTDA	NO	199510	11/01/1996	53202201008554	\$ 150.000	\$ 18.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
860536212	AG DE SEG DEL TRANSPORTE LTDA	NO	199511	27/12/1995	53202701012839	\$ 75.000	\$ 9.700	\$ 0	R	15	15	Pago aplicado al periodo declarado
860090365	FABRICA NACIONAL DE GRASAS LTDA FANAGRA	NO	199712	09/01/1998	51006602002948	\$ 100.267	\$ 13.613	\$ 13.613		16	0	Ciclo Doble
860090365	FABRICA NACIONAL DE GRASAS LTDA FAN	NO	199712	21/12/2009	9409710P36W020	\$ 100.267	\$ 0	\$ 0		16	0	Aporte devuelto por estar vinculado a Colfondos
860090365	FABRICA NACIONAL DE GRASAS LTDA FANAGRA	NO	199801	10/02/1998	51008602003230	\$ 320.605	\$ 43.400	\$ 43.400		30	0	Ciclo Doble
860090365	FABRICA NACIONAL DE GRASAS LTDA FAN	NO	199801	21/12/2009	9409710K43F020	\$ 320.605	\$ 0	\$ 0		30	0	Aporte devuelto por estar vinculado a Colfondos
860090365	FABRICA NACIONAL DE GRASAS FANAGRA	NO	199802	10/03/1998	51006602005022	\$ 307.377	\$ 43.200	\$ 0	R	15	0	Ciclo Doble
860090365	FABRICA NACIONAL DE GRASAS FANAGRA	NO	199802	21/12/2009	9409710G38X020	\$ 307.377	\$ 0	\$ 0		30	0	Aporte devuelto por estar vinculado a Colfondos

DETALLE DE PERIODOS REPORTADOS POR ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO QUE NO COTIZARON AL ISS HOY COLPENSIONES

En el siguiente resumen encontrará el detalle por días, de los ciclos laborados en entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones.

[47] Identificación Empleador	[48] Nombre o Razón Social	[49] RA	[50] Ciclo	[51] Fecha de Pago	[52] Referencia de Pago	[53] Asignación Básica Mensual	[54] Cotización Pagada	[55] Cotización Mora Sin Intereses	[56] Nov.	[57] Dias Rep.	[58] Dias Cot.	[59] Observación
NO REGISTRA INFORMACIÓN												



COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 abril/2021
ACTUALIZADO A: 30 abril 2021

C 51965567 ADRIANA ESQUIVEL NIÑO

LECTURA DEL REPORTE DE LA HISTORIA LABORAL UNIFICADO

Resumen de Semanas Cotizadas por Empleador: este reporte contiene el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o como trabajador independiente, es decir las que se han cotizado desde enero de 1967 a la fecha.

1. **Identificación aportante:** número que identifica al aportante según el sistema al que pertenece. Hasta diciembre de 1994 número patronal y a partir de 1995, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.
2. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
3. **Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
4. **Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
5. **Último salario:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta el 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado y para las cotizaciones a partir de 1995 corresponde al salario reportado en el periodo desde-hasta.
6. **Semanas:** total de semanas correspondientes al periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
7. **Licencias (Lic.):** refleja las licencias no remuneradas, es decir periodo no laborado ni remunerado. Este valor es descontado del total de semanas del periodo cotizado.
8. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas cotizadas de manera simultánea a través de dos o más aportantes.
9. **Total:** es el total de semanas cotizadas del periodo, menos las licencias no remuneradas y el tiempo cotizado de manera simultánea.
10. **Total de Semanas Cotizadas:** corresponde al total general de semanas cotizadas a la fecha de generación del reporte.
11. **Total de Semanas Cotizadas Alto Riesgo:** corresponde al total general de semanas cotizadas por tarifa de alto riesgo. Este total se encuentra incluido en el total de semanas cotizadas (campo 10 Total de Semanas Cotizadas.)

Resumen de Tiempos Públicos no Cotizados a Colpensiones: este reporte es informativo y refleja el total de semanas reportadas y laboradas en el sector público, los cuales no fueron cotizados al ISS hoy Colpensiones.

12. **Identificación empleador:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
13. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
14. **Desde:** corresponde a la fecha inicial del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
15. **Hasta:** corresponde a la fecha final del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
16. **Último salario:** corresponde al último salario reportado por la entidad certificadora.
17. **Semanas:** corresponde a las semanas del periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
18. **Licencias (Lic.):** corresponde a las interrupciones laborales no remuneradas, reportadas por la entidad certificadora.
19. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
20. **Total:** es el total de semanas reportadas del periodo, menos las licencias no remuneradas campo (7. Licencias (Lic.)).
21. **Total de Semanas Reportadas:** corresponde al total general de semanas reportadas a la fecha de generación del reporte.

Resumen Tiempo Público Simultáneo con Tradicional (67 - 94) Y Post 94: este reporte refleja el total de semanas laboradas simultáneamente entre el sector público y privado para los tiempos tradicionales (67-94) y Post 94.

22. **Desde:** corresponde a la fecha inicial de la simultaneidad.
23. **Hasta:** corresponde a la fecha final de la simultaneidad.
24. **Semanas simultáneas:** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
25. **Total Semanas Simultáneas:** corresponde a la sumatoria total de semanas laboradas simultáneamente a la fecha de generación del reporte.
26. **Total Semanas:** corresponde a total semanas cotizadas más(+) total semanas reportadas menos(-) total semanas simultáneas reportadas y cotizadas a la fecha de generación del reporte.

Detalle de pagos efectuados anteriores a 1995: este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas hasta el 31 de diciembre de 1994.

27. **Identificación Empleador:** para los periodos anteriores a 1995 corresponde al número Patronal.
28. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).

C 51965567 ADRIANA ESQUIVEL NIÑO

29. **Ciclo Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
 30. **Ciclo Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
 31. **Asignación Básica Mensual:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado.
 32. **Días Rep.:** número de días trabajados y reportados por el aportante para el periodo registrado.
 33. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.
- Detalle de pagos efectuados a partir de 1995:** este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.
34. **Identificación del aportante:** número que identifica al empleador o trabajador independiente (NIT, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.).
 35. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
 36. **RA:** indica si existe un registro de afiliación o relación laboral.
 37. **Periodo:** año y mes al que corresponde el periodo cotizado.
 38. **Fecha de pago:** fecha en que fue realizado el aporte.
 39. **Referencia de pago:** número de registro del pago realizado (Calcomanía o Sticker o referencia de pago PILA).
 40. **IBC Reportado:** es el salario (Ingreso Base de Cotización) declarado por el empleador o trabajador independiente, para el pago de la cotización.
 41. **Cotización:** valor del aporte efectuado según el salario declarado en cada uno de los periodos.
 42. **Cotización mora sin intereses:** es el dinero que el aportante adeuda por el periodo, sin incluir los intereses.
 43. **Novedad(Nov.):** campo que indica con la letra "R", la novedad de Retiro reportada por el empleador.
 44. **Días reportados:** número de días trabajados y reportados por el aportante en cada uno de los periodos.
 45. **Días cotizados:** corresponde al número de días equivalentes al valor de la cotización pagada.
 46. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.

Detalle de periodos reportados por entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones: este reporte contiene el detalle de las semanas reportadas por las entidades certificadoras.

47. **Identificación del aportante:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
48. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
49. **RA:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
50. **Ciclo:** año y mes al que corresponde el periodo reportado.
51. **Fecha de pago:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
52. **Referencia de pago:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
53. **Asignación Básica Mensual:** es el valor de la asignación básica mensual reportado por la entidad certificadora. En este reporte no se verán reflejados los demás factores salariales reportados por la entidad certificadora, sin embargo serán tenidos en cuenta al momento de la decisión de la prestación económica a que haya lugar.
54. **Cotización pagada:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
55. **Cotización mora sin intereses:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
56. **Novedad (Nov.):** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
57. **Días reportados (Rep.):** número de días reportados por la entidad certificadora en cada uno de los periodos.
58. **Días cotizados:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
59. **Observación:** indica si el periodo se encuentra simultáneo con otro empleador. En caso en que se encuentre vacío, indica que el campo no es simultáneo.

Defensoría del Consumidor Financiero

Dirección: Carrera 11 A N° 96 – 51 Of. 203 Bogotá.
 Horario de atención: 8:00 a.m. a 12:00 m y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
 Teléfonos: (1) 6108161 - (1) 6108164.
 Correo Electrónico: defensoriacolpensiones@legalcrc.com

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle. Este reporte esta sujeto a revisión y verificación por parte de Colpensiones.

Nº: 800107048-6

CIUDAD / DEPARTAMENTO Santafé de Bogotá, C/manc FECHA 26 02 96

VINCULACION INICIAL
TRASLADO DE AFP
TRASLADO DE REGIMEN X 193651 AFP ANTERIOR
ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR ISS



INFORMACION DEL TRABAJADOR
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 51965567 CIUDAD O MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO C/manc TELEFONO 7137958
PRIMER APELLIDO Esquivel SEGUNDO APELLIDO NINO PRIMER NOMBRE ADRIANA SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION RESIDENCIA Calle 19 #32-04 Sur CIUDAD O MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO C/manc TELEFONO 2604513
DIRECCION DE LUGAR DE TRABAJO Calle 88 # 68-97 CIUDAD O MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO C/manc TELEFONO 2604513
DIRECCION ENVIO CORRESPONDENCIA
1 RESIDENCIA ☒ 2 LUGAR DONDE TRABAJA ☒ 3 APARTADO AEREO ☐ NÚMERO
TIPO DE TRABAJADOR
1 DEPENDIENTE ☒ 2 INDEPENDIENTE ☐ HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN I S S ☒ CAJAS
CUAL(ES) ISS

INFORMACION VINCULO LABORAL ACTUAL
OCUPACION O CARGO ACTUAL Secretaria EMPLEADOR SI SALARIO O INGRESO MENSUAL \$ 180.000 % COTIZACION VOLUNTARIA
NÚMERO DE IDENTIFICACION 800107048 NOMBRE O RAZON SOCIAL D.R.G. 2000 DISEÑOS Y REVISIONES
DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR Calle 88 # 68-97 CIUDAD O MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO C/manc TELEFONO 2604513

INFORMACION BENEFICIARIOS
APELLIDOS Alarcon Macias NOMBRES Alarcon Esquivel Cristian Steven SEXO M NÚMERO DE IDENTIFICACION 10026701 FECHA DE NACIMIENTO 10 02 67 01
2001 01 93 04 02 COMPARECER PERMANENTE
03 PADRES
04 HIJOS
05 HIJOS INVÁLIDOS
06 HERMANOS INVÁLIDOS

LOS BENEFICIARIOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SERAN VERIFICADOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 3 DEL DECRETO 1161 DE 1994 DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL SE PODRA EJERCER EL DERECHO DE RETRACTO DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FIRMA DE ESTA SOLICITUD

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA

FIRMA Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

VOLUNTAD DE SELECCION Y AFILIACION

HAGO CONSTAR QUE LA SELECCION DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE ESPONTANEA Y SIN PRESIONES MANIFIESTO QUE HE LLEGADO A CESANTIAS Y PENSIONES COLMENA PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS

FIRMA DEL AFILIADO

IDENTIFICACION DEL EJECUTIVO DE CUENTA
NOMBRES Y APELLIDOS Rodolfo Rodriguez R.
CODIGO DEL EJECUTIVO DE CUENTA 9519797 CODIGO OFICINA 1038

ESPACIO PARA CESANTIAS Y PENSIONES COLMENA.

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA O DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS GERMAN SANCHEZ FRANCO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

RECIBIDO POR (NOMBRE)

Adrian Castro 24 02 96

010705

No. SOLICITUD

BAZ P. & M. Tel: 2 47 83 06

CESANTIAS Y PENSIONES COLMENA

**SOLICITUD DE VINCULACIÓN
A ENTIDADES ADMINISTRADORAS
DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES**

No. 152146302



152146302

Protección
AUG 28 '18 9:14 *

Nit. 800.138.188-1

Ciudad BOGOTÁ	Fecha de Solicitud Día 21 Mes 08 Año 18	<input type="checkbox"/> Vinculación inicial <input type="checkbox"/> Traslado de AFP - Pensión Familiar	<input checked="" type="checkbox"/> Traslado AFP <input type="checkbox"/> Traslado de Régimen - Pensión Familiar	Administradora hacia la cual se solicita el traslado PROTECCIÓN	Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante COLFONDOS
-------------------------	---	---	---	---	---

INFORMACIÓN BÁSICA		Número documento identidad 51.965.567	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento Día 23 Mes 08 Año 66	Nacionalidad <input checked="" type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Extranjero
<input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte Diplomático	País de Nacimiento COLOMBIA	Ciudad NEIVA	Departamento HOUILA	Fecha expedición Día 14 Mes 12 Año 87	Lugar de expedición BOGOTÁ
Primer apellido ESQUIVEL	Segundo apellido NINO	Primer nombre ADRIANA	Segundo nombre		
Dirección de residencia (Apartamento, barrio, urbanización) CALLE 24A # 65-78		País de Residencia COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Ciudad BOGOTÁ	Teléfono fijo
Correo electrónico personal o laboral ADRIESQ@HOTMAIL.COM		Teléfono celular 3187084171	Estado civil <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre		
Dirección de Oficina CARRERA 10 #23-66		Ciudad/Municipio BOGOTÁ	Departamento CUNDINAMARCA	Teléfono de Oficina	
Autorizo el envío de información al celular <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física <input type="checkbox"/> Residencia <input checked="" type="checkbox"/> Empresa	

TIPO DE AFILIADO		Ha cotizado más de 150 semanas en:	
<input checked="" type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Asociado
TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO		Colpensiones (ISS) <input checked="" type="checkbox"/> Cajas <input type="checkbox"/> Cuál(es):	
Identificación empleador CTA/EAT <input checked="" type="checkbox"/> Nit. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	Número identificación empleador 900.433.787-0	Nombre o razón social ANDINA EMPRESARIA	Tipo empleador <input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Privado
Ciudad o municipio BOGOTÁ	Departamento CUNDINAMARCA	Teléfono 256 8799	Dirección correspondencia empleador CARRERA 47 # 91-84
Ocupación o cargo actual AUXILIAR	Profesión	Integral <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Salario mensual 2'500.000
		Fecha ingreso empresa 03 Día 10 Mes 11 Año	

Apellidos y Nombres	Sexo		Número de identificación	T.I. C.C.	Fecha nacimiento			Código Parentesco	Códigos Parentesco
	F	M			Día	Mes	Año		
									01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijos 05 Hijos inválidos 06 Hermanos inválidos

VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y USO DE DATOS PERSONALES

1. Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante PROTECCIÓN y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, Asofondos y a quienes en el futuro ostenten los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que PROTECCIÓN pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes se compartirá mi información personal
- Para que con fines propios del objeto social, estadísticos y de control de riesgos de las Entidades Autorizadas, puedan consultar las bases de datos de información, personal, financiera y crediticia. Así mismo, para que comparta mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales o tributarias.

DECLARACIONES DEL TITULAR: a.) Declaro que toda la información suministrada por mí a PROTECCIÓN es verdadera. b.) Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales de PROTECCIÓN y su aviso de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web www.proteccion.com

OBLIGACIONES LAVADO DE ACTIVOS

Control lavado de activos: Me obligo con PROTECCIÓN a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la Ley en el momento que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

- Autorizo a PROTECCIÓN para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas comerciales relacionadas con el sistema financiero, bursátil y asegurador, y conforme a la normatividad vigente. Sí ☒ No ☐
- Autorizo a PROTECCIÓN para enviar información de uso comercial relacionada con nuestros productos que me benefician como afiliado, a través de medios físicos o virtuales registrados. Sí ☒ No ☐

 Sello y Firma Autorizada del Representante Legal Nombres y Apellidos ANA BEATRIZ OCHOA MEJIA	Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada. Firma del representante Legal del Empleador 	Firma del afiliado
Nombre de asesor Comercial CAMILLO PERAZA	Tipo y Número de identificación empleador 	Tipo y número de identificación 51965567
Tipo y Número de identificación 1014.264.454	Nombre del Representante CAMILLO PERAZA	Huello