


**Expediente administrativo e historia laboral.**

María Fernanda Muñoz López <mmunoz@mejiayasociadosabogados.com>

Lun 25/09/2023 8:08 AM

Para: Juzgado 05 Laboral - Valle del Cauca - Cali <j05lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Mejía y Abogados Asociados gmail - Colpensiones <mya.acpensiones@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

Memorial - Angela María Paz Cobo.pdf; Expediente administrativo e historia laboral - Angela María Paz Cobo.pdf;

**Señor**

**CARLOS ERNESTO SALINAS ACOSTA**

**JUEZ QUINTO LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI**

**E. S. D.**

**REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**  
**DEMANDANTE: ANGELA MARIA PAZ COBO – C.C. 31.989.860**  
**DEMANDADO: Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES,**  
**ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y**  
**CESANTIAS PORVENIR S.A, ADMINISTRADORA DE FONDOS**  
**DE PENSIONES Y CESANTIAS PROTECCIÓN S.A,**  
**ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y**  
**CESANTIAS COLFONDOS S.A.**  
**RADICACIÓN: 76001310500520230032600**

**MARÍA FERNANDA MUÑOZ LÓPEZ**, abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de apoderada externa de la Administradora Colombiana de Pensiones en adelante COLPENSIONES, de la manera más atenta, y dentro de los términos procesales oportunos me permito aportar expediente administrativo e historia laboral de la demandante, los cuales no habían sido aportados con la contestación de la demanda por no haber sido allegadas por la Entidad, por tanto al haber sido allegados el día de hoy se adjunta para que se acompañe a la contestación.

Cordialmente,



**MARIA FERNANDA MUÑOZ LÓPEZ**

Abogada - Seguridad Social

Celular: 3175012496

PBX: (602) 8889161

Correo: mmunoz@mejiayasociadosabogados.com

Calle 5 Norte # 1N-95, Barrio Centenario

Oficinas Edificio Zapallar

Cali - Colombia

[www.mejiayasociadosabogados.com](http://www.mejiayasociadosabogados.com)



Señor  
**CARLOS ERNESTO SALINAS ACOSTA**  
**JUEZ QUINTO LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI**  
**E. S. D.**

**REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**  
**DEMANDANTE: ANGELA MARIA PAZ COBO – C.C. 31.989.860**  
**DEMANDADO: Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES,**  
**ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**  
**PORVENIR S.A, ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES**  
**Y CESANTIAS PROTECCIÓN S.A, ADMINISTRADORA DE**  
**FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS COLFONDOS S.A.**  
**RADICACIÓN: 76001310500520230032600**

**MARÍA FERNANDA MUÑOZ LÓPEZ**, abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de apoderada externa de la Administradora Colombiana de Pensiones en adelante COLPENSIONES, de la manera más atenta, y dentro de los términos procesales oportunos me permito aportar expediente administrativo e historia laboral de la demandante, los cuales no habían sido aportados con la contestación de la demanda por no haber sido allegadas por la Entidad, por tanto al haber sido allegados el día de hoy se adjunta para que se acompañe a la contestación.

De Usted señor Juez, respetuosamente,

**MARÍA FERNANDA MUÑOZ LÓPEZ**  
**C.C. No. 1.061.757.848 de Popayán - Cauca**  
**T.P. No. 307.604 del C.S.J.**  
**ELAB/MFM**

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES  
 2019\_207148  
 08/01/2019 03:24:12 PM  
 CALI SUR  
 VALLE DEL CAUCA - CALI  
 AFILIACIONES  
 IMAGENES:2  
  
 02019207148950

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS CUADROS REGIONAL	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: 31989860	Fecha de nacimiento
Primer apellido: Paz	Segundo apellido: Cobo	Año: 1969 Mes: 01 Día: 14
Primer nombre: Angela	Segundo nombre: Maria	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Municipio de nacimiento: Cali	Departamento de nacimiento: Valle	Ingreso mensual: \$ 10.000.000
Nacionalidad: Colombia	Dirección residencia: Hacienda el Castillo Herrera 4 Casa 16	Salario integral: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Municipio de residencia: Jamundi	Barrio / vereda de residencia: Hc. El Castillo	Es empleador: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento de residencia: Valle	Teléfono: Celular 3226929466	Alto riesgo: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio: Directora Nacional Experiencia del cliente	Correo electrónico: angela.pazcobo@gmail.com	Autorización uso de medios electrónicos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

## 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: 805000427-1	DV	Código CIU
NATURALEZA: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>	Razón social o nombre: Coomeva EPS		
Dirección: Carrera 100 # 11 - 60 Local 250	Municipio: Cali		
Barrio / vereda: Ciudad Jardín	Departamento: Valle	Sucursal	
Teléfono: 3182400	Celular	Correo electrónico	

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

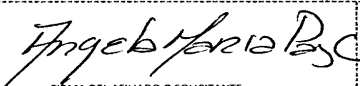
1 Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento	Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Año Mes Día
Primer nombre	Segundo nombre	
Nacionalidad	Dirección de residencia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

## 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 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 type="checkbox"/>	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

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 AFILIADO O SOLICITANTE: 	HUELLA AFILIADO	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES**

COLPENSIONES - 2023\_8383872  
31/05/2023 08:24:55 AM  
CALI NORTE  
VALLE DEL CAUCA - CALI  
AFILIACIONES  
IMAGENES: 1



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN  
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

**ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA**

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

**I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE**

DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS	
Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		N.º de documento 31 989 860	
Fecha de Expedición 31/07/1987 Municipio Expedición Cali		Departamento Expedición valle del cauca Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	
Primer nombre Angela		Segundo nombre Maria	
Primer apellido Paz		Segundo apellido cobo	
Fecha nacimiento 14/01/1969 Municipio nacimiento Cali		Departamento nacimiento valle del cauca Nacionalidad Colombiana	
Dirección de residencia calle 12 # 87-121 APT 103		Barrio / vereda de residencia Muticentro	
Municipio de residencia Cali		Departamento de residencia valle del cauca	
Teléfono de residencia		Celular 3226929466	
Ocupación u oficio Directora experiencia del paciente		Ingreso mensual \$ 8'000.000	
Correo electrónico Angela.pazcobo@gmail.com		Salario integral Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
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 medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil).		Es empleador Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Dirección de ubicación laboral Av 5N # 17 N-93		Barrio / vereda de ubicación laboral versalles	
Municipio de ubicación laboral Cali		Departamento de ubicación laboral valle	
Teléfono laboral		Alto riesgo Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

**II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA**

Tipo de documento: NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		N.º de documento 890 300 513		DV		Código CIU 8699	
Naturaleza Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>		Razón social o nombre Clínica de occidente					
Dirección Av 5N # 17 N-93		Municipio Cali					
Barrio / vereda versalles		Departamento valle del cauca		Sucursal Cali			
Teléfono 602 820 0055		Celular 322 69 294 66		Ocupación u oficio Directora experiencia del paciente			
Correo electrónico auxiliar_rrhh@clinicaoccidente.com							

**III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS**

1 Tipo de documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		N.º de documento 6186 903		Fecha de nacimiento	
Primer nombre Libardo		Segundo nombre		Día 12 Mes 01 Año 1948	
Primer apellido Paz		Segundo apellido Silva			
Nacionalidad Colombiano		Dirección de residencia calle 12 # 87-121 APT 103			
Municipio de residencia Cali		Barrio / vereda de residencia Muticentro		Departamento de residencia valle	
Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Teléfono		Celular 315801831	
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"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer nombre		Segundo nombre		Día Mes Año	
Primer apellido		Segundo apellido			
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"/> Traslado por Pensión Familiar <input type="checkbox"/>		Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Subsidiado Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Si marcó Traslado indique Entidad Actual Colfondos		Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones			
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál?		Tarifa con la que debe cotizar %	
1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, 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. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
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. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

**V. FIRMAS**

Hago constar que la selección de Régimen RPT la he efectuado de manera libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a Colpensiones para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.		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 Afiliado o Solicitante: <i>Angela Paz Cobo</i>		Firma del Representante Legal o Persona Autorizada: <i>Juan Jose Izquierdo</i>	
Firma del Afiliado o Solicitante		Firma del Representante Legal o Persona Autorizada	

"Ven por tu FUTURO"





Señor

**REPRESENTANTE LEGAL DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES.**

**REFERENCIA: PODER ESPECIAL RECLAMACION ADMINISTRATIVA**

La suscrita, ANGELA MARIA PAZ COBO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.989.860, otorgo poder especial, amplio y suficiente al Dr. JUAN JOSE LIZARRALDE VILLAMARIN, identificado con cedula de ciudadanía número 1.144.032.328, abogado titulado e inscrito con tarjeta profesional No. 236.056 del Consejo Superior de la Judicatura; para que en mi nombre y representación, presente Reclamación Administrativa ante la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, representada legalmente por quien haga sus veces, con el fin de que realice el traslado del régimen de ahorro individual con solidaridad al Régimen de prima media con prestación definida y afilie en la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES.

Dicho profesional del derecho en virtud de este poder, quedan ampliamente facultados para solicitar documentos, recibir, desistir, transigir, interponer recursos, impugnar, presentar proceso ejecutivo, sustituir este poder o reasumirlo, conciliar etc. De conformidad con el artículo 77 del C.G.P.

Autorizo al señor \_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Para que realice la radicación de los documentos ante la entidad.

Atentamente

*Angela Maria Paz Cobo*  
ANGELA MARIA PAZ COBO  
C.C. No. 31.989.860

Acepto,

*Juan Jose Lizarralde V.*  
JUAN JOSE LIZARRALDE V.  
C.C. 1.144.032.328  
T.P. No. 236.056.

**Notaria 21** DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 2012 Art 68 Decreto-Ley 960 1970  
Cali, 2023-04-22 11:38:40  
Ante la Notaría 21 del Circulo de Cali, compareció:  
**PAZ COBO ANGELA MARIA**  
quien se identificó con C.C. 31989860  
y manifestó que es cierto el contenido de este documento y que la firma es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.

X *Angela Maria Paz Cobo*  
El Compareciente

**ROBINSON MOSQUERA HERNANDEZ**  
NOTARIO (E) 21 DEL CÍRCULO DE CALI

República de Colombia  
Departamento del Valle  
Santiago de Cali  
Notaría Veintiuna

*Robinson Mosquera Hernandez*  
Notario Encargado

5326-904590ca



Consejo Superior  
de la Judicatura



UNIVERSIDAD  
P. U. JAVERIANA CALI

CEDULA  
1.144.032.328

# REPUBLICA DE COLOMBIA

## RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:  
JUAN JOSE

APELLIDOS:  
LIZARRALDE VILLAMARIN

*Juan Jose Lizarralde Villamarin*

PRESIDENTE CONSEJO  
SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
PEDRO ALONSO SANABRIA BUITRAGO

*Pedro Alonso Sanabria Buitrago*

FECHA DE GRADO  
17 oct 2013

FECHA DE EXPEDICION  
21 nov 2013

CONSEJO SECCIONAL  
VALLE

TARJETA N°  
236056

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CALLE 100 N. 100-100

31.989.860

PAZ COBO

ANGELA MARIA

*Angela Maria Paz C.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1969

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

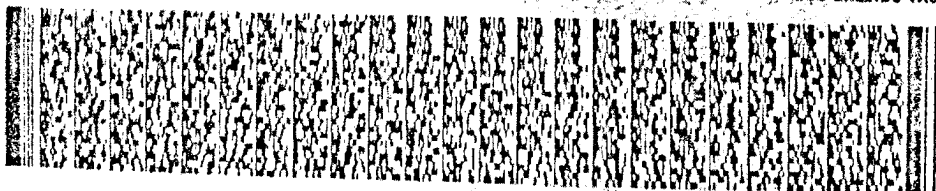
1.70  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

31-JUL-1987 CALI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3100100-01084871-F-0031989860-20190717

0066493634A 1

9909200874

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
REGULADA POR LEY 1612 DE 2013

31.989.860

PAZ COBO

ANGELA MARIA

*Angela Maria Paz C.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1969

CALI  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

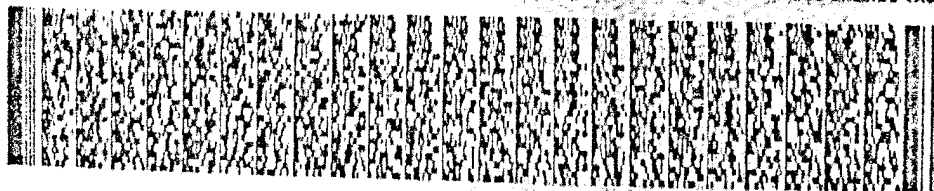
1.70  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

31-JUL-1987 CALI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3100100-01084871-F-0031989860-20190717

0066493634A 1

9909200874



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.989.860**  
**PAZ COBO**

APELLIDOS  
**ANGELA MARIA**

NOMBRES

*Angela Maria Paz C.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1969**  
**CALI**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**31-JUL-1987 CALI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00049841-F-0031989860-20080816

0002176903A 1

3270018100

CALI, 8 de Enero de 2019

2019\_207148-17663719

Señor (a):

ANGELA MARIA PAZ COBO  
HACIENDA EL CASTILLO HERRERIA4 CASA16 76  
CALI - VALLE DEL CAUCA

Referencia: Radicado No. 2019\_207148 del 8 de Enero de 2019

Ciudadano: ANGELA MARIA PAZ COBO

Identificación: C.C. 31989860

Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Traslado de Régimen

Respetado(a) señor(a):

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

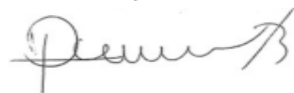
Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, no ha sido aceptada.

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,



MARIA DEL PILAR HERNANDEZ BARCENAS,  
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO  
Superintendencia de Pensiones

Su futuro lo construimos entre los dos

CALI, 31 de Mayo de 2023

2023\_8383872-36015917

Señor (a):

ANGELA MARIA PAZ COBO

CALLE 12 # 87 - 121

CALI - VALLE DEL CAUCA

Referencia: Radicado No. 2023\_8383872 del 31 de Mayo de 2023

Ciudadano: ANGELA MARIA PAZ COBO

Identificación: C.C. 31989860

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.

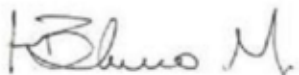
Lo anterior por los siguientes motivos:

<b>Motivos de Rechazo</b>
---------------------------

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.

Cordialmente,



**HERNANDO BLANCO MANCHOLA**  
Director de Atención y Servicio

Bogotá D.C., 31 de mayo de 2023

Señor (a)  
JUAN JOSE LIZARRAL DE VILLA MARIN  
CALLE 11 No. 87 - 109 MULTICENTRO APARTAMENTO 207  
Cali, Valle del Cauca

**Referencia:** Radicado No. 2023\_8384486 del 31 de mayo de 2023  
**Ciudadano:** ANGELA MARIA PAZ COBO  
**Identificación:** Cédula de ciudadanía 31989860  
**Tipo de Trámite:** Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias - PQRS

Respetado(a) señor(a):

Reciba un especial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES. En respuesta a su petición relacionada con: “(...) Solicito Cordialmente el trámite requerido para el incremento de pensión por parte de la Conyugue (...)”, le informamos que, la información, tramites y documentos pensionales solicitados es considerada información reservada y puede ser solicitada únicamente por el aportante, sus apoderados o personas autorizadas<sup>1</sup>.

Por lo anterior, si desea continuar con la gestión, en el caso de actuar como tercero autorizado, se requiere que aporte la siguiente documentación de manera completa:

- Fotocopia legible del documento de identidad del afiliado(a) ampliada al 150% según sea el caso: Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Tarjeta de Identidad, Pasaporte, Carné Diplomático.
- Carta de autorización con las facultades específicas.
- Documento de identidad del tercero ampliado al 150%.

Ahora bien, en el caso de generar la solicitud a través de un apoderado, se debe allegar de manera completa la siguiente documentación:

- Fotocopia legible del documento de identidad del afiliado(a) ampliada al 150% según sea el caso: Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Tarjeta de Identidad, Pasaporte, Carné Diplomático.
- Poder especial en original con reconocimiento de firma y con huella ante notario público o autoridad competente, del poderdante
- En caso de poder general, deberá aportarse copia auténtica de la escritura pública.

<sup>1</sup>Ley 1755 de 2015, Artículo 24 numeral 3.

No. de Radicado, BZ2023\_8416740-1499026

- Documento de identidad del apoderado ampliado al 150%.
- Tarjeta profesional del abogado apoderado

Tenga en cuenta que, si se trata de la información de un afiliado o pensionado fallecido, el solicitante debe demostrar la condición de beneficiario, conforme a las disposiciones para la pensión de sobrevivencia.

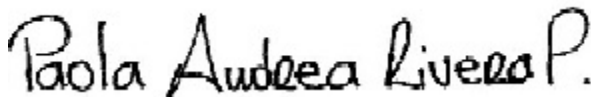
Esta documentación es solicitada de manera completa, puesto que los anexos entregados en la presente petición, no cumple con los requisitos anteriormente mencionados.

Esperamos que esta información sea de utilidad para las gestiones que desea realizar.

Si desea más información, recuerde que puede comunicarse con nosotros a través de las líneas de servicio al ciudadano, en Bogotá: (57+601) 4890909, en Medellín: (57+604) 2836090, o desde cualquier lugar del país por medio de la línea gratuita nacional 018000410909. También, puede visitar nuestra página web [www.colpensiones.gov.co](http://www.colpensiones.gov.co) o acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC).

Agradecemos su confianza recordándole que para nosotros siempre es un placer servirle.

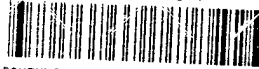
Atentamente,



Paola Andrea Rivera Penagos  
Directora De Administración de Solicitudes y PQRS

Elaboró: Rosa Astrid Rodríguez León - Analista - Dirección De administración De Solicitudes y PQRS XDC  
Revisó:

COLPENSIONES - 2023\_8384486  
31/05/2023 08:33:11 AM  
CALI NORTE  
VALLE DEL CAUCA - CALI  
PQRS  
IMAGENES:7



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN  
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO



Señor

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES (CALI)

**REFERENCIA:** RECLAMACION ADMINISTRATIVA

**SOLICITANTE:** ANGELA MARIA PAZ COBO C.C. 31.989.860

**ASUNTO:** SOLICITUD AFILIACION EN EL REGIMEN DE PRIMA MEDIA  
CON PRESTACION DEFINIDA

JUAN JOSE LIZARRALDE VILLAMARIN. identificado con cedula de ciudadanía No. 1.144.032.328 con tarjeta profesional de abogado 236.056 actuado en nombre y representación de la señora ANGELA MARIA PAZ COBO identificada con cedula de ciudadanía No. 31.989.860 de acuerdo con el poder especial otorgado, me permito manifestar y solicitar lo siguiente:

### HECHOS

1. La señora ANGELA MARIA PAZ COBO nació el 14 de enero de 1969, por lo cual tiene 54 años de edad.
2. En la actualidad cuenta con más de 1.000 semanas cotizadas al Sistema General de Pensiones.
3. Actualmente la señora ANGELA MARIA PAZ COBO se encuentra afiliada al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad, administrado por COLFONDOS SA.



*PQRS / 05  
16/05/23  
Angela Maria Paz Cobo*



4. Para la fecha de la afiliación en COLFONDOS S.A. no se informó de las consecuencias, ventajas y desventajas que traería consigo la afiliación al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad, ni mucho menos que tenía la posibilidad de elegir entre este régimen y el de prima media con prestación definida, administrador por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES y que diferencias había entre ellos; tampoco le informó que tenía derecho a elegir entre uno y otro.

5. Actualmente la señora ANGELA MARIA PAZ COBO se encuentra afiliada a COLFONDOS S.A.

### PETICION

Con base en los anteriores hechos solicito a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES lo siguiente:

1. Trasladar a la señora ANGELA MARIA PAZ COBO del régimen de ahorro individual con solidaridad administrado por COLFONDOS S.A. al Régimen de Prima media con prestación definida administrado por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES.

2. En consecuencia, afiliar a la señora ANGELA MARIA PAZ COBO en la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES.

### Anexo

1. poder
2. Copia de la cedula de ciudadanía.
3. Formato de solicitud de afiliación.





4. Formato de autorización para terceros
5. Declaración de no pensión.
6. Autorización de notificación por correo electrónico.
7. Cedula y T.P.

Atentamente

  
JUAN JOSE LIZARRALDE V.

C.C. 1.144.032.328

T.P. No. 236.056.





**COLPENSIONES Nit 900.336.004-7**  
**REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES**  
**PERIODO DE INFORME: Enero 1967    septiembre/2023**  
**ACTUALIZADO A: 20 septiembre 2023**

---

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

Tipo de Documento: **Cédula de Ciudadanía**  
Número de Documento: **31989860**  
Nombre:  
Dirección:  
Estado Afiliación:

Fecha de Nacimiento:  
Fecha Afiliación:  
Correo Electrónico:  
Ubicación:

**SIN REGISTRO HISTÓRICO**

null null null

### 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).

---

null	null	null
------	------	------

null null null

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. **Período:** 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: Calle 70A # 11-83 Bogotá.

Horario de atención: de 9:00 a.m. a 04:00 p.m. Jornada continua.

(57+601) 5439850, (57+601) 5439855 y 3203981187

Electrónico: [defensorcolpensiones@defensorialg.com.co](mailto:defensorcolpensiones@defensorialg.com.co)

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