

RE: Rad. 76001310501820230062700. Dte. EMMA JUDITH RIVERA LANCHEROS.

Demandado: Protección y Otros.

Juzgado 18 Laboral Circuito - Valle del Cauca - Cali <j18lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 18/03/2024 13:53

Para:cortesyamayayasas <cortesyamayayasas@gmail.com>

Acuso recibido.

Atte.

Citador



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO DIECIOCHO (18) LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI

Dirección: Carrera 10 # 12 – 15, Torre A, Piso 5°

PALACIO DE JUSTICIA “PEDRO ELÍAS SERRANO ABADÍA”

Correo: j18lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Teléfono: (602) 8986868 – Ext. 1213

De: Francisco José Cortes Mateus <cortesyamayayasas@gmail.com>

Enviado: lunes, 18 de marzo de 2024 12:25

Para: Juzgado 18 Laboral Circuito - Valle del Cauca - Cali <j18lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: bygasociados2015@gmail.com <bygasociados2015@gmail.com>

Asunto: Rad. 76001310501820230062700. Dte. EMMA JUDITH RIVERA LANCHEROS. Demandado: Protección y Otros.

Señor(a):

JUEZ DIECIOCHO (18) LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI.

E. S. D.

Referencia: Demanda ordinaria laboral de primera instancia.

Demandante **EMMA JUDITH RIVERA LANCHEROS.**

Demandado: Protección y Otros.

Radicado: 76001310501820230062700.

Asunto: Subsanación Contestación de demanda.

FRANCISCO JOSÉ CORTÉS MATEUS, actuando en mi condición de apoderado de PROTECCIÓN, siendo la oportunidad procesal correspondiente y encontrándome dentro del término previsto para ello, procedo a subsanar la contestación de la demanda conforme a lo dispuesto por el Despacho, mediante auto notificado por estado en fecha 12 de marzo de 2024, en los siguientes términos:

1. Allego formulario de afiliación de la demandante de fecha 23 de noviembre de 2000.

Por lo anterior, solicito hacer caso omiso al formulario allegado.

En los anteriores términos doy cumplimiento a lo dispuesto por el Despacho.

Atentamente,

FRANCISCO JOSÉ CORTÉS MATEUS
Apoderado de Protección



Pensiones y Cesantías
Santander

**SOLICITUD DE VINCULACION AL FONDO OBLIGATORIO
DE PENSIONES Y/O CESANTIA**

5 5293206

CIUDAD O MUNICIPIO B O G O T A	CODIGO DEPARTAMENTO 0 0 1 1	FECHA DE SOLICITUD (AAAA/MM/DD) 2 0 0 0 1 1 2 3	FECHA DEL PRIMER APORTE (AAAA/MM) 2 0 0 1 0 2
--	---------------------------------------	---	---

DILIGENCIE ESTE ESPACIO PARA VINCULACION A PENSIONES OBLIGATORIAS

VINCULACION INICIAL ☐	TRASLADO DE REGIMEN ☐	TRASLADO DE AFP ☒	(ISS o CAJAS / AFP ANTERIOR) C O L F O N D O S
---	---	--	--

DILIGENCIE ESTE ESPACIO PARA VINCULACION A CESANTIAS

VINCULACION INICIAL ☐	TRASLADO AFP ☒	LEY 50 ☐	ENTIDAD ANTERIOR C O L F O N D O S
---	---	------------------------------------	--

INFORMACION DEL AFILIADO

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3 9 6 8 3 0 1 8	T.I. NIT C.C. C.E. ☐ ☐ ☒ ☐	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) 1 9 8 0 1 0 1 6	LUGAR DE EXPEDICION (CIUDAD O MUNICIPIO) U S A Q V E N
FECHA DE NACIMIENTO (AAAA/MM/DD) 1 9 6 2 0 7 2 7	NACIONALIDAD ☒ COLOMBIANA	OTRA ☐	SEXO ☐ M ☒ F

PRIMER APELLIDO R I V E R A	SEGUNDO APELLIDO L A N C H E R O S
---------------------------------------	--

PRIMER NOMBRE E M M A	SEGUNDO NOMBRE J U D I T H	TIPO DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE ☐ DEPENDIENTE ☒
---------------------------------	--------------------------------------	--

DIRECCION RESIDENCIA (INCLUIR BARRIO) C A L L E 4 7 B # 1 3 B - 7 0 B L O Q U E 1 8 A P 2 3 6

CIUDAD O MUNICIPIO B O G O T A	CODIGO DEPARTAMENTO 0 0 1 1	TELEFONO RESIDENCIA 7 6 7 5 9 6 1	TELEFONO CELULAR O ACUDIENTE 7 6 0 0 7 1 6
--	---------------------------------------	---	--

DIRECCION LUGAR DE TRABAJO (INCLUIR BARRIO) C A R R E R A 1 0 # 1 6 - 3 9 P I S O 4

CIUDAD O MUNICIPIO B O G O T A	CODIGO DEPARTAMENTO 0 0 1 1	TELEFONO 1 3 4 1 0 0 7 2	TELEFONO 2
--	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

LUGAR ENVIO CORRESPONDENCIA RESIDENCIA ☒ OFICINA ☐ APARTADO AEREO ☐	NUMERO APARTADO AEREO 	DE (CIUDAD)
---	---	-------------------------------------

SI ES USTED TRABAJADOR INDEPENDIENTE, INDIQUE SU ACTIVIDAD ECONOMICA	HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN: ISS ☐ CAJAS ☐ CUAL(ES)
--	--

INFORMACION VINCULO LABORAL

OCCUPACION O CARGO ACTUAL S E C R E T A R I A	SALARIO INTEGRAL (S) ☒ SALARIO O INGRESO MENSUAL 7 7 9 . 3 6 0	NUMERO IDENTIFICACION EMPLEADOR 8 6 0 0 0 2 5 0 3 - 2	DV
---	--	---	----------------------------

NOMBRE O RAZON SOCIAL S E G U R O S B O L I V A R	NIT C.C. C.E. ☒ ☐ ☐
---	--

DIRECCION (INCLUIR BARRIO) C A R R E R A 1 0 # 1 6 - 3 9 P I S O 4
--

CIUDAD O MUNICIPIO B O G O T A	CODIGO DEPARTAMENTO 0 0 1 1	TELEFONO 3 4 1 0 0 7 2	FAX
--	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

APARTADO AEREO 	DE (CIUDAD) 	FECHA INGRESO (AAAA/MM/DD) 1 9 9 4 0 6 0 1	TIPO DE CONTRATO INDEFINIDO ☐ FIJO ☒	TIEMPO DE CONTRATO (MESES)
--	-------------------------------------	--	--	--

APORTE VOLUNTARIO

APORTE VOLUNTARIO SI ☐ NO ☒	VALOR \$ 	% SALARIO 	PERIODICIDAD DEL APORTE MENSUAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐ OCASIONAL ☐	A PARTIR DE LA FECHA (AAAA/MM/DD)
---	----------------------------------	-----------------------------------	--	---

INFORMACION BENEFICIARIOS DE LA PENSION

APELLIDOS	NOMBRES	SEXO	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DOC. DE IDENTIDAD C.C. C.E. T.I.	FECHA DE NACIMIENTO			COD. PARENT.	CODIGO PARENTESCO
					AÑO	MES	DIA		
Beneficiarios de ley		M F							01 CONYUGE
		M F							02 COMPAÑERO(A) PERMANENTE
		M F							03 PADRES
		M F							04 HIJOS
		M F							05 HIJOS INVALIDOS
		M F							06 HERMANOS INVALIDOS

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

EL AFILIADO DEBE RETRACTARSE DE SU VINCULACION DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FIRMA DE LA SOLICITUD.