



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
CERTIFICADO DE SECRETARÍA**

SGC
154

**EL SUSCRITO SECRETARIO DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO
DE BOLÍVAR**

HACE CONSTAR

Magistrado ponente: HIRINA MEZA RHENALS

Radicación: 13001-23-33-000-2014-00270-00

Acción: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO

Demandante/Accionante: FLOR MARIA CASTILLO HERNANDEZ

**Demandado/Accionado: UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTION PENSIONAL
Y CONTRIBUCIONES PARAFISCALES DE LA PROTECCION SOCIAL – UGPP-**

QUE DE CONFORMIDAD CON LO ORDENADO EN LA PROVIDENCIA DE FECHA 18 DE NOVIEMBRE DE 2015, SE DEJA DISPOSICION DE LAS PARTES Y DEL MINISTERIO PUBLICO EN LA SECRETARIA GENERAL DE ESTA CORPORACION, LAS PRUEBAS APORTADAS POR EL DOCTOR JOHN NICOLAS BITAR BELTRAN, GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO EL DIA 18 DE DICIEMBRE DE 2015, VISIBLES A FOLIOS 148-153 DEL EXPEDIENTE, PARA QUE DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS SIGUIENTES, SI A BIEN LO TIENEN, EJERCITEN SU DERECHO DE CONTRADICCION Y DEFENSA A TRAVES DE LOS MEDIOS PROCESALES LEGALMENTE ESTATUIDOS.

EMPIEZA EL TRASLADO: 12 DE ENERO DE 2016, A LAS 8:00 A.M. .


**LEANDRO ENRIQUE BUSTILLO SIERRA
OFICIAL MAYOR**

VENCE TRASLADO: 14 DE ENERO DE 2016, A LAS 5:00 P.M.

**LEANDRO ENRIQUE BUSTILLO SIERRA
OFICIAL MAYOR**

**Centro Avenida Venezuela, Calle 33 No. 8-25 Edificio Nacional-Primer Piso
E-Mail: stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 6642718**

Sincelejo, Diciembre 09 de 2015.

SEÑOR

JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS

SECRETARIO GENERAL DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
E. S. D.

Demandante: FLOR MARIA CASTILLO HERNANDEZ

Demandado: UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTION PENSIONAL Y
CONTRIBUCIONES PARAFISCALES DE LA PROTECCION

REFERENCIA: DEMANDA DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO.

RADICADO: 13001-23-33-000-2014-00270-00

JOHN NICOLAS BITAR BELTRAN, mayor de edad y vecino de Sincelejo, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 92.505.727 expedida en Sincelejo, obrando en mi condición de Gerente, según decreto No. 0788 del 17 de Diciembre de 2012, acta de posesión No. 41700 y como tal Representante Legal del Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E., por medio del presente, me permito manifestarle lo siguiente:

Teniendo en cuenta su solicitud de fecha 24 de Noviembre del año en curso, en el cual requiere certificación de los tiempos laborados y los salarios devengados por la demandante, acedemos a su petición y junto con esta contestación hacemos entrega de un (1) certificado de información laboral, un (1) certificado de salario base y dos (2) certificado de salario mes a mes, expedidos en formato del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, tal cual lo solicito.

Por lo anterior se anexa (04) folios útiles y escritos.

Atentamente,


JOHN NICOLAS BITAR BELTRAN
C.C.Nº 92.505.727 de Sincelejo
Gerente Hospital Universitario de Sincelejo

Laboro: Y A

SECRETARIA TRIBUNAL ADM

TIPO: RESPUESTA A OFICIO

REMITENTE: INTERPOSTAL

DESTINATARIO: HIRINA MEZA RHENALS

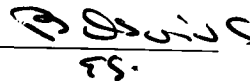
CONSECUTIVO: 20151225234

No. FOLIOS: 5 — No. CUADERNOS: 0

RECIBIDO POR: SECRETARIA TRIBUNAL ADM

FECHA Y HORA: 18/12/2015 09:23:37 AM

FIRMA:


RS.



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

Número consecutivo: 176

149

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO, E.S.E.
2. NIT: 892,280,033-1
3. Dirección: CRA 14 N° 15 A - 100
4. Ciudad: SINCELEJO
5. Departamento: SUCRE
6. Telefono: (09) 2811784
7. Fax: (09) 2811784
8. E-Mail: HRSINCELEJO@TELECOM.COM.CO

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

9. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO, E.S.E.
10. NIT: 892,280,033-1
11. Dirección: CRA 14 N° 15 A - 100
12. Ciudad: SINCELEJO
13. Departamento: SUCRE
14. Sector: Sector Público Departamental o Distrital
15. E-Mail: HRSINCELEJO@TELECOM.COM.CO
16. Telefono: (09) 281178/4
17. Fax: (09) 2820305
18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador: 1/4/1994

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

19. Apellidos y Nombres completos del trabajador: CASTILLO HERNANDEZ FLOR MARIA
20. Documento de identidad: 33.173.149
21. Fecha de Nacimiento (Opcional): 11/1/1953
22. Apellidos y Nombres sustitutos del trabajador:
23. Tipo Documento alternativo:
24. No. Doc. Alternativo:

D. VINCULACIONES LABORALES (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.

Table with 4 main columns: 25. PERIODOS DE VINCULACION LABORAL, 26. ENTIDAD EMPLEADORA, 27. Cargo / Observaciones, 28. INTERRUPCIONES LABORALES NO REMUNERADAS, 29. Total de días de Interrupción. Includes data for Hospital San Fco de Asis and Hospital Regional de Sincedejo.

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

Table with 4 main columns: 30. PERIODOS DE APORTES, 31. AL EMPLEADO SE LE DESCONTÓ 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. Includes data for Instituto de Seguro Social.

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? No [X]
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?
38. ¿El trabajador para el cual se expide esta certificación fue o está pensionado por esa entidad o actualmente la está tramitando?
39. En caso de haber respondido "SI" o "Pensión en trámite" en el punto anterior, ¿Qué tipo de pensión se le otorgó?
40. Resolución de pensión No.
41. Fecha de Pensión:
42. ¿Tiene indicios de que el trabajador fué pensionado por otra entidad?
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 enxar el formato "CERTIFICACION DE SALARIO BASE PARA LIQUIDACION Y EMISION DE BONOS PENSIONALES".

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.

LUZ ELENA FONTALVO BAQUERO
Funcionario competente para certificar
C.C.: 45.428.849

Firma del pensionado

Lider Unid. Talento Humano
Cargo del funcionario

Resolucion 3839 Dic/2003
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.



REPUBLICA DE COLOMBIA

Ciudad y fecha de expedición certificación:
Sincelejo, 3 de Diciembre de 2015

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

1 7 7

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.		2. NIT: 892280033-1	
3. Dirección: Carrera 14 N° 16 B -100 Calle La Pajuela	4. Ciudad: Sincelejo	Código Dane: 0 0 0 1	
5. Departamento: Sucre	6. Teléfono: (5) 2811784		Código Dane: 7 0
7. Fax: (5) 2820305	8. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co		

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

9. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.		10. NIT: 892280033-1	
11. Dirección: Carrera 14 N° 16 B -100 Calle La Pajuela	12. Ciudad: Sincelejo	Código: 0 0 0 1	
13. Departamento: Sucre	14. Sector (Marcar solo uno): X Sector Público Nacional Sector Público Departamental o Distrital Sector público Municipal		Código: 7 0
15. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co	16. Teléfono: (5) 2811784	18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador: Dia 1 Mes 4 Año 1994	
17. Fax: (5) 2820305			

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

19. Apellidos y Nombres completos del trabajador: CASTILLO HERNANDEZ FLOR MARIA		20. Documento de identidad: TI CC X CE NIT No: 33.173.149		21. Fecha de Nacimiento: Dia 11 Mes 1 Año 1953	
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 alternativo: TI CC CE NIT		24. No. Doc. Alternos:	

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 No (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 No (si marcó "NO" en la casilla 25, pasar a la casilla 27)

26. Laboró hasta el día 13 0 8 1977 (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 No (si se encontraba en licencia no remunerada o suspendido, la víspera o día 28. Fecha de inicio de licencia o suspensión: Dia Mes Año)

29. FECHA BASE: DIA: 13 MES: AGOSTO AÑO: 1977

E. APORTES PARA PENSIONES EN FECHA BASE

30. ¿Se hacían aportes para pensiones en fecha base? SI NO 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	32. Caja o Fondo: (diligenciar si se le aportaba a alguna Caja o Fondo) Nombre: INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL NIT: 8 6 0 0 1 3 8 -1 6 1	33. ENTIDAD QUE RESPONDE POR EL PERIODO Nombre: NACION NIT:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

34. La vinculación empezó por lo menos un año antes de la fecha de Salario Base SI NO

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)

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Prima de antigüedad ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Remuneración por trabajo dominical o festivo	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras a realizarse en jornada nocturna	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Remuneración o Bonificación por servicios prestados	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Subtotal Mensual	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12 Mes de la fecha Base
Prima de antigüedad ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Remuneración por trabajo dominical o festivo	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras a realizarse en jornada nocturna	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Remuneración o Bonificación por servicios prestados	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Subtotal Mensual	\$	\$	\$	\$	\$	\$
36. Sumatoria de Subtotales Mensuales: \$	37. Promedio de la sumatoria de Subtotales Mensuales proporcional al número de meses: \$		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	\$ 2.810
39. GASTOS DE REPRESENTACION	\$ (Si los hubo en el mes que se certifica el salario base)
40. PRIMA TECNICA	\$ (Solo si es factor de Salario)
41. Total de valores adicionales del numeral 37	\$

42. SALARIO BASE TOTAL \$ 2.810 (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.

LUZ ELENA FONTALVO BAQUERO
 Funcionario competente para certificar
 C.C.: 45.428.849 de Cartagena

Firma del funcionario

Lider Unidad de Talento H
 Cargo del funcionario

Res. 03839 de Dic. 2003
 *Acto administrativo

130



FORMATO No. 3 (B)
CERTIFICACION DE SALARIOS MES A MES
Para liquidar Pensiones del Regimen de Prima Media

Ciudad y fecha de expedición certificación:
Sincelejo, 3 de Diciembre de 2015

Hoja 1 de 2

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

Número consecutivo. 178

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E. 2. NIT: 892280033-1
3. Dirección: CALLE PA PAJUELA 4. Ciudad: SINCELEJO Código Dane 0 0 0 1
CARRERA 14 N° 16 B - 100 5. Departamento: SUCRE Código Dane 7 0
6. Telefono (2) 2811784 7. Fax (2) 2820305 8. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICAN SALARIOS

9. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E. 10. NIT: 892280033-1
11. Dirección: CALLE PA PAJUELA 12. Ciudad: SINCELEJO Código 0 0 0 1
CARRERA 14 N° 16 B - 100 13. Departamento: SUCRE Código 7 0
14. Sector Entidad privada que responde por sus pensiones Sector Público Nacional Sector Público Departamental o Distrital Sector público Municipal
15. Telefono (2) 2811784 16. Fax (2) 2820305 17. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

18. Apellidos y Nombres completos del trabajador: CASTILLO HERNANDEZ FLOR MARIA
19. Documento de identidad: TI CC CE NIT No: 33.173.149
20. Fecha de Nacimiento: Dia 11 Mes 1 Año 1953
C.1 Datos de identificación alternos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación alternos)
21. Apellidos y Nombres alternos del trabajador: 22. Tipo Documento alternativo: TI CC CE NIT 23. No. Doc. Alternos:

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 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 Regimenes 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
1970	Diciembre		\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 400
1971	Enero		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Febrero		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Marzo		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Abril		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Mayo		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Junio		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Julio		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Agosto		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Septiembre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Octubre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Noviembre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Diciembre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1972	Enero		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Febrero		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Marzo		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Abril		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Mayo		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Junio		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Julio		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Agosto		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Septiembre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Octubre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Noviembre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Diciembre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1973	Enero		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Febrero		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Marzo		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Abril		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Mayo		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Junio		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Julio		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Agosto		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Septiembre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Octubre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Noviembre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Diciembre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000

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.

LUZ ELENA FONTALVO BAQUERO Funcionario competente para certificar CC: 45.428.849 de Cartagena
Firma del Funcionario
Lider Unidad de TH Cargo
Res. 03839 de Dic. 2003 *Acto administrativo
3 de Diciembre de 2015 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.



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

Número consecutivo.

178

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.		2. NIT: 892280033-1	
3. Dirección: CALLE PA PAJUELA CARRERA 14 N° 16 B - 100		4. Ciudad: SINCELEJO	
		Código Dane: 0 0 0 1	
5. Departamento: SUCRE		Código Dane: 7 0	
6. Telefono: (2) 2811784	7. Fax: (2) 2820305	8. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co	

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICAN SALARIOS

9. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.		10. NIT: 892280033-1	
11. Dirección: CALLE PA PAJUELA CARRERA 14 N° 16 B - 100		12. Ciudad: SINCELEJO	
		Código: 0 0 0 1	
13. Departamento: SUCRE		Código: 7 0	
14. Sector: <input type="checkbox"/> Entidad privada que responde por sus pensiones	<input type="checkbox"/> Sector Público Nacional	<input checked="" type="checkbox"/> Sector Público Departamental o Distrital	
15. Telefono: (2) 2811784		16. Fax: (2) 2820305	17. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

18. Apellidos y Nombres completos del trabajador: CASTILLO HERNANDEZ FLOR MARIA		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"/>		Dia Mes Año	
		No: 33.173.149		11 1 1953	
C.1 Datos de identificación alternos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación alternos)					
21. Apellidos y Nombres alternos del trabajador:		22. Tipo Documento alterno		23. No. Doc. Alterno:	
		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 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 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 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
1970	Diciembre		\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 400
1971	Enero		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Febrero		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Marzo		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Abril		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Mayo		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Junio		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Julio		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Agosto		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Septiembre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Octubre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Noviembre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1971	Diciembre		\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500
1972	Enero		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Febrero		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Marzo		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Abril		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Mayo		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Junio		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Julio		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Agosto		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Septiembre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Octubre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Noviembre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1972	Diciembre		\$ 600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600
1973	Enero		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Febrero		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Marzo		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Abril		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Mayo		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Junio		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Julio		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Agosto		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Septiembre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Octubre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Noviembre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000
1973	Diciembre		\$ 1.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000

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.

LUZ ELENA FONTALVO BAQUERO
 Funcionario competente para certificar
 CC: 45.428.849 de Cartagena

Firma del Funcionario

Lider Unidad de TH
 Cargo

Res. 03839 de Dic. 2003
 *Acto administrativo

3 de Diciembre de 2015
 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.



Libertad y Orden

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:
Sincelejo, 3 de Diciembre de 2015

Hoja 2 de 2

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

Número consecutivo:

178

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.
2. NIT: 892280033-1
3. Dirección: CALLE PA PAJUELA, CARRERA 14 No 16 B - 100
4. Ciudad: SINCELEJO
5. Departamento: SUCRE
6. Telefono: (2) 2811784
7. Fax: (2) 2820305
8. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICAN SALARIOS

9. Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.
10. NIT: 892280033-1
11. Dirección: CALLE PA PAJUELA, CARRERA 14 No 16 B - 100
12. Ciudad: SINCELEJO
13. Departamento: SUCRE
14. Sector: Entidad privada que responde por sus pensiones
15. Telefono: (2) 2811784
16. Fax: (2) 2820305
17. E-Mail: hrsincelejo@telecom.com.co

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

18. Apellidos y Nombres completos del trabajador: CASTILLO HERNANDEZ FLOR MARIA
19. Documento de identidad: TI CC X CE NIT No: 33.173.149
20. Fecha de Nacimiento: Dia 11 Mes 1 Año 1953
21. Apellidos y Nombres alternos del trabajador:
22. Tipo Documento alternativo: TI CC CE NIT
23. No. Doc. Alternativo:

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 colizó o se debió colizar 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 colizaciones 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)

Table with 11 columns: 24. AÑO, 25. MES, 26. Observaciones, 27. Asignación Básica Mensual, 28. Gastos de Representación, 29. Prima Técnica, 30A. Primas de antigüedad, 30B. Remuneración por trabajo dominical o festivo, 30C. Remuneración por trabajo suplementario o de horas extras, 30D. Remuneración por servicios prestados, 31. Total mes. Rows include months from January 1974 to August 1977.

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.

LUZ ELENA FONTALVO BAQUERO
Funcionario competente para certificar
CC: 45.428.849 de Cartagena

Firma del Funcionario

Líder Unidad de TH
Cargo

Res. 03839 de Dic. 2003
Acto administrativo

3 de Diciembre de 2015
Fecha de expedición

El usuario debe aceptar conformidad que hizo conocimiento del contenido de este acuerdo publicado en la página web: www.intpostal.net de INTEPOSTAL S.A.S. y en sus centros indicados en los puntos de venta de la empresa. El usuario declara haber leído y entendido el contenido de este documento y haberlo aceptado expresamente con la suscripción de este documento. Para la presentación de P.O.R. remitirse a nuestra página web o al correo electrónico: info@intpostal.net

INTEPOSTAL NIT 800.222.028-0

Fecha del Envío
11/12/2015

GUIA No.

Origen
SINCELEJO

Destino
CARTAGENA



1400026587

CR 99 97 30 P2. Pkx. Acción - www.intpostal.net - Email: servicios@intpostal.net - BOGOTÁ D.C.
MEDELLÍN - CALI - BARRANQUILLA - BUENAVISTA - FERRERÁ - SINCELEJO

Remitente: H.U.S

Dirección: CRA 14 # 16B - 100

Teléfono: 0

NIV/CC: 0

Cod. Postal:

Destinatario: JUAN CARLOS GALVEZ BARRIOS

Dirección: CENTRO AVVENEZUELA EDF NACIONAL PRIMER

Teléfono: 0

NIV/CC: 0

Cod. Postal:

153

X

Causal Devolución del Envío

1	<input type="checkbox"/>	Dirección Errada	1	<input type="checkbox"/>	Retenido
2	<input type="checkbox"/>	Desconocido	2	<input type="checkbox"/>	Cerrado
	<input type="checkbox"/>	No Reside		<input type="checkbox"/>	Otro (Indicar)

Intento de Entrega

1	Hora	/	Día	/	Mes	/	Año
2	Hora	/	Día	/	Mes	/	Año

Fecha Devolución a Remitente

Hora	/	Día	/	Mes	/	Año
Fecha y Hora de Entrega	/	Día	/	Mes	/	Año

Dice Contener: NOT S.V

Pz:	Vr. Declarado: \$ 0.0	Vol (Pz):	/	Peso Pz (Kg):
	Vr. Flete: \$ 9000.0	No. Vol(s):	/	Peso (Kg):
	Vr. Sobretaje: \$	No. Remisión:		
	Vr. Mensajeria Express: \$	No. Bolea seguridad:		
	Vr. Total: \$ 9000.0	Cartaporte:		
		Guía Retorno Cartaporte:		

Recibi a Conformidad (Nombre Legible, Salvo y D.I.)

-DESTINATARIO-

Firma del Remitente (Nombre Legible, Salvo y D.I.)