

Al responder cite este número
OFI15-000017729-SGH-4030

Bogotá, D.C., lunes, 1 de junio de 2015.

Señor
LUIS ALBERTO ACOSTA GUZMAN
Calle 45 A SUR N° 89 B -42
Ciudad

CORREO CERTIFICADO


Asunto: Certificación Laboral

Respetado Señor Acosta:

En atención a su comunicación, comedidamente le enviamos la certificación del tiempo de servicio en el Ministerio de Gobierno, relacionada en los siguientes formatos:

1. Formato No. 1 Consecutivo 153 (Información laboral)
2. Formato No. 2 Consecutivo 113 (Salario base)
3. Formato No. 3(B) Consecutivo 139 (Salario mes a mes con todos los factores salariales)

Cordialmente,



Maria Jimena Acosta Illera
Subdirectora de Gestión Humana

Anexos: Tres (3) Folios

EXTMI15-0020701

Elaboró: Angélica Suarez
Revisó: Alba B Becerra G
Aprobó: MJAI

4031.37.07



REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO No. 1

CERTIFICADO DE INFORMACION LABORAL

Ciudad y fecha de expedición certificación:

Bogotá, 28 de mayo de 2015

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

Número consecutivo: 153

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social: MINISTERIO DEL INTERIOR		2. NIT: 830114475-6	
3. Dirección: Carrera 8 No. 12B-31	4. Ciudad: Bogotá	Código Dane: 0 0 1	
5. Departamento: Cundinamarca	Código Dane: 2 5		
6. Telefono: 2427400 Ext: 2960 - 2961	7. Fax: 5606857	8. E-Mail: gloriap@mininterior.gov.co, maria.suarez@mininterior.gov.co	

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

9. Nombre o Razón Social: MINISTERIO DE GOBIERNO		10. NIT: 899999046-8	
11. Dirección: Carrera 8 No. 12B-31	12. Ciudad: Bogotá	Código: 0 0 1	
13. Departamento: Cundinamarca	Código: 2 5		
14. Sector (Marcar solo uno): <input checked="" type="checkbox"/> Sector Público Nacional <input type="checkbox"/> Sector Público Departamental o Distrital <input type="checkbox"/> Sector público Municipal <input type="checkbox"/> Entidad privada que responde por sus pensiones	15. E-Mail:	18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador	
16. Telefono: ()	17. Fax: ()	Día: 1	Mes: 4
		Año: 1994	

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

19. Apellidos y Nombres completos del trabajador: ACOSTA GUZMAN LUIS ALBERTO		20. Documento de identidad		21. Fecha de Nacimiento	
		TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Día: 21		Mes: 12
		No: 19.274.051 de Bogota		Año: 1957	
C1. Datos de identificación sustitutos: (Diligenciar en caso que la persona tenga o haya tenido datos de identificación sustitutos)					
22. Apellidos y Nombres sustitutos del trabajador:		23. Tipo Documento sustituto		24. No. Doc. Sustituto:	
		TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>			

D. VINCULACIONES LABORALES VALIDAS PARA BONO PENSIONAL O PENSION (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.

25. PERIODOS DE VINCULACION LABORAL	26. ENTIDAD EMPLEADORA						27. Cargo / Observaciones	28. INTERRUPCIONES LABORALES NO REMUNERADAS (para cada periodo)						29. Total de días de Interrupción	
	DESDE			HASTA				DESDE			HASTA				
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
1	24	11	1989	3	10	1991	MINISTERIO DE GOBIERNO	CONDUCTOR MECANICO	XX	XX	XX	XX	XX	XX	0
2									XX	XX	XX	XX	XX	XX	0

E. APORTES PARA PENSIONES correspondientes a las vinculaciones laborales detalladas en la sección anterior.

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

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
DESDE			HASTA					Nombre	NIT o Codigo	NIT		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año							
1	24	11	1989	3	10	1991	SI	CAJANAL	899999010-3	NACION	xxxxxxx	NO

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?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	36. Numero de semanas efectivamente laboradas por año:	<input type="text"/>
-----------------------------	---	--	----------------------

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?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Indemnización sustitutiva en trámite <input type="checkbox"/>
38. ¿El trabajador para el cual se expide esta certificación fue o está pensionado por esa entidad o actualmente la está tramitando?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Pensión en trámite <input type="checkbox"/>
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. _____	
<input type="checkbox"/> Vejez <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Sustitución <input type="checkbox"/> Pensión gracia <input type="checkbox"/> Asignación por retiro <input type="checkbox"/> Jubilación por aportes ISS <input type="checkbox"/> Retiro por vejez	41. Fecha de Pensión: _____	
42. ¿Tiene indicios de que el trabajador fué pensionado por otra entidad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	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 enxear el formato "CERTIFICACION DE SALARIO BASE PARA LIQUIDACION Y EMISION DE BONOS PENSIONALES".

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.

MARIA JIMENA ACOSTA ILLERA

Funcionario competente para certificar

C.C: 34.537.617 de Popayan

Elaboró Angelica Suarez

Revisó Alba B. Becerra

Observaciones:

Handwritten signature of Maria Jimena Acosta Illera

Firma del funcionario

Subdirectora de

Gestión Humana

Cargo del funcionario

Res. 1725 de agosto 11/2011

Acto administrativo

