

DOCUMENTOS EXTRAPROCESO

Solicitud de Vinculación Persona Natural



Solicitante: CLIENTE CODEUDOR Fecha de Diligenciamiento: _____

Datos Personales

Nombres: Roberto		Primer Apellido: Jairo		Segundo Apellido: Piamillo		Tercer Apellido: Cardenas		Género: F= <input type="checkbox"/> M= <input checked="" type="checkbox"/>		
Tipo de Identificación: CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Diplomático <input type="checkbox"/>		Número Identificación: 18389033		Fecha Expedición Documento: 22/08/1983		Ciudad Expedición: Calarca		Fecha Nacimiento: 1/03/1965		
País de Nacimiento: Colombia		Ciudad/Depto de Nacimiento: Calarca Quindío		Nacionalidad 1: Colombiano		Nacionalidad 2: _____				
¿Es responsable de impuestos en EE.UU. (U.S. Person*) u otro país diferente de Colombia? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		País de Residencia Fiscal 1: Colombia		Número de Identificación Tributaria 1: 18389033-		País de Residencia Fiscal 2: _____				
*U.S. PERSON es una definición que incluye ciudadanos y residentes de los Estados Unidos (poseedores de una Green Card de los Estados Unidos o que cumplen el requisito de presencia sustancial en los Estados Unidos mayor a 183 días durante los últimos tres años)										
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Nivel de Estudios: Primaria <input type="checkbox"/> Especialización <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>		Profesión: Odontólogo		Ocupación: Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Empleado con Negocio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Tipo de Vivienda: Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>		N° Personas a cargo: 1
Correo Electrónico: roberto.jairo.piamillo@hotmail.com				Dirección Residencia (Especificar Nombre de Conjunto/Edificio, N° apto/casa): finca Barbal Uda. Riscaralda						
Barrío: Fontanazgo Q.		Ciudad/País: Fontanazgo Q.		Teléfono Celular: 3155920407		Teléfono Residencia: _____				

Datos Laborales

Nombre de la Empresa / Negocio: Gobernación del Quindío		Fecha Ingreso Empresa/Actividad: 01/01/2020		Cargo: Gobernador	
Tipo de Salario (Solo para empleados): Integral <input type="checkbox"/> Convencional <input checked="" type="checkbox"/>		Tipo de Vinculación / Contrato: Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra <input type="checkbox"/> Corretaje <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Dirección Empresa / Oficina (Especificar N° de local o N° de Oficina, Barrío): C11 20 13-22		Teléfono Empresa: 31177400		Extensión: _____	
Actividad Económica Principal de la Empresa / Negocio: Agropecuario <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Industrial/Producción <input type="checkbox"/> Minero <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/>		Ciudad / Departamento: Arimana Q.		Código CIU: _____	

Datos Financieros en Pesos

Ingresos / Ventas Mensuales: \$ 11.364.000		Otros Ingresos Mensuales: \$ _____		Descripción Otros Ingresos: _____		Total Ingresos Mensuales: \$ 11.364.000		Total Egresos Mensuales: \$ 6.320.000	
Total Activos (Bienes, Títulos Valor, etc): \$ 4.105.000.000		Total Pasivos (Deudas): \$ 301.416.000		Relación Bienes en Fiducia: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Descripción de la Clase de Recursos (Fiducia) e identificación del bien que se entrega: _____			

Operaciones Internacionales

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Tipo de Operación en M.E. que normalmente realiza: Exportación <input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____		Producto Financiero: _____	
Banco: _____		Número de Cuenta / Producto: _____		Moneda: _____	
Saldo / Valor Crédito: _____		Ciudad / País: _____			

Origen de Fondos y/o Bienes

Mis recursos económicos provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, etc): **Ingresos por salarios como servidor público**

Datos Representante o Aporado

Nombres: _____		Primer Apellido: _____		Segundo Apellido: _____		Tipo de Identificación: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Diplomático <input type="checkbox"/>		Número Identificación: _____	
----------------	--	------------------------	--	-------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------	--

Autorizaciones y Declaraciones

De acuerdo con lo establecido por la ley y sus reglamentos, la Superintendencia Financiera de Colombia y demás autoridades pertinentes declaro que

1. SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN. EL CLIENTE se obliga con EL BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A (en adelante "LAS ENTIDADES") a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo soliciten LAS ENTIDADES, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a LAS ENTIDADES para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación que tenga con EL CLIENTE.

2. DECLARACIONES DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES. Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedidos en el lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a LAS ENTIDADES, con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales

A. El origen de los dineros que deposito en mi cuenta y demás operaciones que tramito a través de LAS ENTIDADES, proceden del giro ordinario de actividades lícitas

B. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

C. Autorizo a todas las cuentas y depósitos que mantengo en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiré a la Entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado.

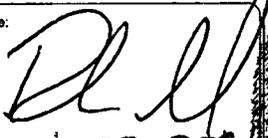
3. AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS PERSONALES CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAISES A LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN Y A CUALQUIER OTRA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA QUE HAGA SUS VECES. En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a LAS ENTIDADES, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a los operadores de información o a cualquier otra entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos. Igualmente, autorizo irrevocablemente a LAS ENTIDADES a compartir con las filiales del Banco la información aquí suministrada así como los documentos aportados, cuando las mismas los soliciten para vinculación a sus productos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a los operadores de información o a cualquier otra entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos podrán conocer esta información de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos, evaluación de riesgo, y gestión de cobranza. Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado.

En caso de que, en el futuro, el autorizado y sus filiales en este documento efectúen(n), a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones y/o productos a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán al comprador o cesionario en los mismos términos y condiciones.

4. AUTORIZACION PARA EL MANEJO DE DATOS PERSONALES En adición y complemento de las autorizaciones previamente otorgadas, autorizo de manera expresa y previa sin lugar a pagos ni retribuciones a BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., a sus sucesores, cesionarios a cualquier título o a quien represente los derechos, para que efectúe el Tratamiento mis Datos Personales de la manera y para las finalidades que se señalan a continuación. Para efectos de la presente autorización, se entiende por "Datos Personales" la información personal que suministre por cualquier medio, incluyendo, pero sin limitarse a, aquella de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible (tales como mis huellas, imagen, voz, entre otros), técnico y administrativo, privada, semiprivada o de cualquier naturaleza, pasada, presente o futura, contenida en cualquier medio físico, digital o electrónico, entre otros y sin limitarse a documentos, fotos, memorías USB, grabaciones, datos biométricos, correos electrónicos, y video grabaciones. Así mismo, se entiende por "Tratamiento" el recolectar, consultar, recopilar, evaluar, catalogar, clasificar, ordenar, grabar, almacenar, actualizar, modificar, aclarar, reportar, informar, analizar, utilizar, comparar, circularizar, suministrar, suprimir, procesar, solicitar, verificar, intercambiar, retirar, transferir, transmitir o divulgar, y en general, efectuar cualquier operación o conjunto de operaciones sobre mis Datos Personales en medios físicos, digitales, electrónicos o por cualquier otro medio. La autorización que otorgo por el presente medio para el Tratamiento de mis Datos Personales tendrá las siguientes finalidades: a. Promocionar, comercializar u ofrecer, de manera individual o conjunta productos y/o servicios propios u ofrecidos en alianza comercial, a través de cualquier medio o canal, o para complementar, optimizar o profundizar el portafolio de productos y/o servicios actualmente ofrecidos. Esta autorización para el Tratamiento de mis Datos Personales se hace extensiva a las entidades subordinadas de BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., su matriz y las entidades subordinadas o vinculadas de su matriz o ante cualquier sociedad en la que éstas tengan participación accionaria directa o indirectamente (en adelante "LAS ENTIDADES AUTORIZADAS"). b. Como elemento de análisis en etapas pre-contractuales, contractuales y post-contractuales para establecer y/o mantener cualquier relación contractual, incluyendo como parte de ello, los siguientes propósitos: i. Actualizar bases de datos y tramitar la apertura y/o vinculación de productos y/o servicios en BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. o en cualquiera de LAS ENTIDADES AUTORIZADAS, ii. Evaluar riesgos derivados de la relación contractual potencial, vigente o concluida, iii. Realizar, validar, autorizar o verificar transacciones incluyendo, cuando sea requerido, la consulta y reproducción de datos sensibles tales como la huella, imagen o voz, iv. Obtener consentimiento del perfil comercial o transaccional del titular, el nacimiento, modificación, celebración y/o extinción de obligaciones directas, contingentes o indirectas, el incumplimiento de las obligaciones que adquiere con BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. o con cualquier tercero, así como cualquier novedad en relación con tales obligaciones, hábitos de pago y comportamiento crediticio con BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. y/o terceros v. Conocer el estado de las operaciones vigentes activas o pasivas o de cualquier naturaleza o las que en el futuro llegue a celebrar con BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., con otras entidades financieras o comerciales, con cualquier operador de información o administrador de bases de datos o cualquier otra entidad similar que en un futuro se establezca y que tenga por objeto cualquiera de las anteriores actividades, vi. Conocer información acerca de mi manejo de cuentas corrientes, ahorros, depósitos, tarjetas de crédito, comportamiento comercial, laboral y demás productos o servicios y, en general, del cumplimiento y manejo de mis créditos y obligaciones, cualquiera que sea su naturaleza. Esta autorización comprende información referente al manejo, estado, cumplimiento de las relaciones, contratos y servicios, hábitos de pago, incluyendo aportes al sistema de seguridad social, obligaciones y las deudas vigentes, vendidas sin cancelar, procesos, o la utilización indebida de servicios financieros, vii. Prevenir el lavado de activos, la financiación del terrorismo, así como detectar el fraude y otras actividades legales, viii. Dar cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales, ix. Ejercer sus derechos, incluyendo los referentes a las actividades de cobranza judicial y extrajudicial y las gestiones conexas para obtener el pago de las obligaciones a cargo del titular o de su empleador, así como del caso, x. Implementación de software y servicios tecnológicos. Para efectos de lo dispuesto en el presente literal b, BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. en lo que resulte aplicable, podrá efectuar el Tratamiento de mis Datos Personales ante entidades de consulta, que manejen o administren bases de datos para los fines legalmente definidos, domiciliadas en Colombia o en el exterior, sean personas naturales o jurídicas, colombianas o extranjeras, c. Realizar ventas cruzadas de productos y/o servicios ofrecidos por BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. o por cualquiera de LAS ENTIDADES AUTORIZADAS o sus aliados comerciales, incluyendo la celebración de convenios de marca compartida, d. Elaborar y reportar información estadística, encuestas de satisfacción, estudios y análisis de mercado, incluyendo la posibilidad de contactarme para dichos propósitos, e. Enviar mensajes, notificaciones o alertas a través de cualquier medio para remitir extractos, divulgar información legal, de seguridad, promociones, campañas comerciales, publicitarias, de mercado, institucionales o de educación financiera, sorteos, eventos u otros beneficios e informar al titular acerca de las innovaciones efectuadas en sus productos y/o servicios, dar a conocer los mejores o cambios en sus canales de atención, así como dar a conocer otros servicios y/o productos ofrecidos por BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., LAS ENTIDADES AUTORIZADAS o sus aliados comerciales, f. Llevar a cabo las gestiones pertinentes, incluyendo la recolección y entrega de información ante autoridades públicas o privadas, nacionales o extranjeras con competencia sobre BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., LAS ENTIDADES AUTORIZADAS o sobre sus actividades, productos y/o servicios, cuando se requiera para dar cumplimiento a sus deberes legales o reglamentarios, incluyendo dentro de éstos, aquellos referentes a la prevención de la evasión fiscal, lavado de activos y financiación del terrorismo u otros propósitos similares emitidas por autoridades competentes, g. Validar información con las diferentes bases de datos de BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., de LAS ENTIDADES AUTORIZADAS, de autoridades y/o entidades estatales y de terceros tales como operadores de información y demás entidades que forman parte del Sistema de Seguridad Social Integral, empresas prestadoras de servicios públicos y de telefonía móvil, entre otras, para desarrollar las actividades propias de su objeto social principal y conexo, yo cumplir con obligaciones legales, h. Para que mis Datos Personales puedan ser utilizados como medio de prueba. Los Datos Personales suministrados podrán circular y transferirse a la totalidad de las áreas de BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., incluyendo proveedoras de servicios, usuarios de red, redes de distribución y personas que realicen la promoción de sus productos y servicios, incluidos callcenters, domiciliados en Colombia o en el exterior, sean personas naturales o jurídicas, colombianas o extranjeras a su fuerza comercial, equipos de telemarketing y/o procesadores de datos que trabajen en nombre de BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., incluyendo pero sin limitarse, contratistas, delegados, outsourcing, tercerización, red de oficinas o aliados, con el objeto de desarrollar servicios de alojamiento de sistemas, de mantenimiento, servicios de análisis, servicios de mensajería por e-mail o correo físico, servicios de entrega, gestión de transacciones de pago, cobranza, entre otros. En consecuencia, el titular entiende y acepta que mediante la presente autorización concede a estos terceros, autorización para acceder a sus Datos Personales en la medida en que así lo requieran para la prestación de los servicios para los cuales fueron contratados y sujeto al cumplimiento de los deberes que les correspondan como encargados del Tratamiento de mis Datos Personales. Igualmente, autorizo a BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. para compartir mis Datos Personales con las entidades gerenciales a las que pertenezca la entidad, para fines comerciales, estadísticos y de estudio y análisis de mercado. Es entendido que las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras mencionadas anteriormente a las cuales BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. puede llevar a cabo el Tratamiento de mis Datos Personales, también cuentan con mi autorización para permitir dicho Tratamiento. Adicionalmente, mediante el otorgamiento de la presente autorización, manifiesto: (i) que los Datos Personales suministrados son veraces, verificables y completos, (ii) que conozco y entiendo que la concepción y el suministro de la presente autorización es voluntaria, razón por la cual no me encuentro obligado a otorgar la presente autorización, (iii) que conozco y entiendo que mediante la simple presentación de una comunicación escrita puedo limitar en todo o en parte el alcance de la presente autorización para que, entre otros, la misma se otorgue únicamente frente a BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. pero no frente a LAS ENTIDADES AUTORIZADAS y (iv) haber sido informado sobre mis derechos a conocer, actualizar y rectificar mis Datos Personales, el carácter facultativo de mis respuestas a las preguntas que sean hechas cuando versen sobre datos sensibles o sobre datos de los niños, niñas o adolescentes, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la autoridad competente por infracción a la ley una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante BANCO DE OCCIDENTE / FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A., revocar la presente autorización, solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y ejercer en forma gratuita mis derechos y garantías constitucionales y legales. BANCO DE OCCIDENTE informa que el tratamiento de sus Datos Personales se efectuará de acuerdo con la política de la entidad en esta materia, la cual puede ser consultada en www.bancodeoccidente.com.co para el ejercicio de sus derechos, y la atención de consultas y reclamos, puede acercarse a la Dirección General en la cra. 13 No. 26-47 piso 9 de Bogotá, usar la línea de servicio al cliente 01 8000 521 144 y en Bogotá al 2 87 30 60 o al correo electrónico: atencionalconsumidor@fduoccidente.com.co y a la Defensoría del Consumidor Financiero de FIDUCIARIA DE OCCIDENTE.

5. AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL. En adición a las autorizaciones previamente otorgadas, autorizo de manera expresa, inequívoca, voluntaria y suficiente a LAS ENTIDADES para solicitar, tratar, consultar, recolectar, almacenar, analizar, verificar, usar o circular la información personal o comercial relativa a mis ingresos y aportes obligatorios y/o voluntarios en salud, pensión, y cesantías de las entidades de seguridad social, fondo de pensiones o cesantías u/o otra entidad similar en que se encuentra afiliado, que repose o sea administrado por los operadores de información (PIA), aliados tecnológicos y demás entidades que forman parte del sistema de Seguridad Social, y a éstos a su vez para que me suministren a LAS ENTIDADES, por el medio que considere pertinente y seguro, mis datos personales relacionados con la afiliación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, tales como ingreso base de cotización y demás información relacionada con mi situación laboral y empleador. LAS ENTIDADES podrán conocer dicha información cuantas veces lo requiera, mantenerla actualizada y en general tratarla, directamente o través de un encargado, con la finalidad de analizar mi perfil crediticio en aras de establecer una relación comercial y/o de servicios conmigo, así como también para ofrecerme productos o servicios que se adecuen a mi perfil crediticio.

6. AUTORIZACION DE ENVÍO DE INFORMACION COMERCIAL, FINANCIERA Y DE PRODUCTOS Y SERVICIOS Autorizo a LAS ENTIDADES el envío de información comercial, financiera, de productos y servicios a mi terminal móvil, correo electrónico y/o cualquier otra aplicación disponible para teléfonos inteligentes. Así mismo, autorizo enviar los extractos de todos los productos, estados de cuenta o cualquier notificación del CLIENTE a la dirección de correo electrónico registrada o en su defecto a la dirección de residencia o trabajo, cuando no cuente con correo electrónico. He sido informado que la actualización de información de correspondencia o contacto se puede realizar en cualquier momento en la red de Oficinas del Banco.

Firma del Cliente: 

No. De Identificación: **182891033** 

Uso Exclusivo del Banco/Fiduciaria

Resultado de la Entrevista o Visita / Concepto del cliente: _____ Fecha de Diligencia: _____

Hora: _____

Maneja recursos del Estado: SI NO

Persona Públicamente Expuesta (PEPS): ¿El cliente es considerado PEPS y/o tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con alguna persona que sea considerada PEPS, o es familiar hasta segundo grado de consanguinidad (padre, hijo, nieto, abuelo o hermano), segundo de afinidad (cuñado, suegro o yerno), o primero civil de una persona que sea considerada PEPS?

SI NO

Si marcó SI, diligenciar: Nombre: _____ Cargo: _____ Parentesco: _____

Nombre completo de quien entrevista y vincula	Cédula No.	Nombre Segundo de Banca
Nombre completo de quien verifica la información comercial	Cédula No.	No. Biometría

GRUPO OCCIDENTE - 212

Productos / Servicios Fiduciarios

FONDO DE INVERSIÓN COLECTIVA: Occidenta Occibonos Occitesoros Renta Fija Dinámica Balanceado Internacional Fondos de Capital privado
 Meta Planeada Meta Estratégica Meta Decidida Otro, ¿Cuál?
 FIDUCIA DE ADMINISTRACIÓN: Fiducia de Administración y Fte. de Pago Fiducia de Anticipos Fiducia en Garantía Fiducia Inmobiliaria Otro ¿Cuál?

Confirmando haber recibido la siguiente información:

- Los datos de teléfono celular y correo electrónico registrados en la sección de Datos Personales de la Solicitud de Vinculación Persona Natural pueden ser utilizados como mecanismo de autenticación segura al momento de realizar las transacciones a través de los canales digitales que disponga la fiduciaria.
- Que el listado de las entidades financieras donde los fondos de inversión colectiva tienen cuentas recaudadoras se pueden consultar en la página www.fiduoccidente.com.co; por lo cual declaro conocer que cualquier retiro o aporte que realice desde o hacia una cuenta en una entidad bancaria donde el fondo no tenga convenio, será gravado con el GMF, el cual deberá ser asumido en su totalidad por el titular de la inversión.
- Los procesos, medios y horarios de las operaciones, los montos mínimos de las inversiones, los montos máximos de retro diarios, las penalidades por retiro anticipado, la generación del GMF por retiro en efectivo y cheque, y demás información de los productos y servicios de la Fiduciaria de Occidente. lo cual se puede consultar en la página www.fiduoccidente.com.co.

Certificación de Cliente Declarante (Solo Productos Crediticios)

¿Es declarante? SI No (Si la respuesta es "SI" por favor anexe la fotocopia de la Declaración de Renta)

Detalle de Activos (Solo Productos Crediticios)

Tipo de Inmueble	Dirección	Ciudad / Departamento		Hipotecado a	Valor Comercial	
Casa	Calle Central Urb. Bosonada	Montenegro		-	\$ 410.000.000	
Tipo de Inmueble	Dirección	Ciudad / Departamento		Hipotecado a	Valor Comercial	
					\$	
Tipo de Vehículo	Marca	Línea	Modelo	Placa	Pignorado a	Valor Comercial
						\$
Tipo de Vehículo	Marca	Línea	Modelo	Placa	Pignorado a	Valor Comercial
						\$

Autorización Guías de uso (Solo para productos del Banco)

Con la firma del presente documento, manifiesto haber sido informado de la existencia de (las) guías de uso del(los) producto(s) y servicios solicitado(s), las cuales contienen los términos, condiciones y explicaciones de los productos, por considerarla de suma importancia para la seguridad y manejo adecuado del producto, las cuales puedo consultar y/o descargar si es el caso en la página www.bancodeoccidente.com.co, o en su defecto solicitar la impresión de los mismos en la Oficina o Credicentro.

Aceptación Valor Total Unificado

Aplica la entrega del VTU: Si No
 Con la Firma del presente documento, manifiesto haber sido informado del cálculo del Valor Total Unificado (VTU), el cual corresponde a:
 Una TIR % de: _____ y un Valor en Pesos de: \$ _____

Autorización para Reportar Datos Comerciales Marca Compartida (Aplica para Tarjeta de Crédito)

En calidad de titular de mi información personal, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable al BANCO DE OCCIDENTE S.A o a quien represente sus derechos a suministrar, reportar, procesar y divulgar a la empresa encargada del programa de Fidelización del cual hace parte la Tarjeta de Marca Compartida, lo concerniente a mi información personal y datos de contacto, así como mi información de carácter comercial, financiero, crediticio y de servicios, con el fin de que se me pueda ofrecer la debida diligencia en la inscripción y presentación del producto del Programa de Fidelización de la marca, en especial aquello correspondiente a los beneficios, ofertas, estados de cuenta y todo aquello relacionado con el mercadeo y la publicidad. Igualmente, autorizo recibir por cualquier medio la información concerniente al producto Tarjeta de Crédito y del Aliado. Mis derechos y mis obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el otorgamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado.

La información sobre el Programa de Fidelización puede ser consultada y se encuentra disponible en las páginas web de los Aliados. La información, términos y condiciones contenidos en la página web de los Aliados, así como la calidad, cumplimiento y entrega de sus beneficios y/o productos son de responsabilidad única y exclusiva del Aliado y no del Banco de Occidente.

Firma del Cliente:



No. De Identificación: 18089039

Espacio Exclusivo del Banco para Apertura de Cuentas de Ahorro y Corriente

Programa de Mercadeo: _____
 Firma Gerente / Ejecutivo que autoriza programa de mercadeo: _____
 Firma Gerente / Ejecutivo que revisa apertura: _____
 Código: _____

Solicitud de Productos Persona Natural



Solicitante CLIENTE <input type="checkbox"/> CODEUDOR <input type="checkbox"/>	Fecha de Diligenciamiento	Código de Oficina
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------------

Datos Personales

Nombres y Apellidos Roberto Jairo Jaramillo Cardenas	Tipo de Documento Pasaporte <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Carné Diplomático <input type="checkbox"/>	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número de Identificación 18389033
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Datos del Cónyuge (Solo Productos Crédíticos)

Nombres y Apellidos	Tipo de Documento Pasaporte <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Carné Diplomático <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Teléfono
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	----------

Referencias

Personal <input type="checkbox"/>	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos Liliana Jaramillo Cardenas	Teléfono 3116237196	Ciudad / Departamento Arimenia Q.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos Juliana Castro	Teléfono 3155478688	Ciudad / Departamento Arimenia Q.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos	Teléfono	Ciudad / Departamento

Productos a Solicitar

Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta Activa Básica <input type="checkbox"/>	Préstamo Personal <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	Leasing <input type="checkbox"/>
Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Cuenta Activa Crédito Rotativo <input type="checkbox"/>	Cartera Ordinaria <input type="checkbox"/>	Crédito Hipotecario <input type="checkbox"/>	Otro, ¿Cuál? <input type="checkbox"/>
Cuentas AFC <input type="checkbox"/>	Crédito Rotativo <input type="checkbox"/>	Occiauto <input type="checkbox"/>	Leasing Habitacional <input type="checkbox"/>	
Occimoto <input type="checkbox"/>	Cuenta Activa Préstamo Personal <input type="checkbox"/>	Leasing Inmobiliario <input type="checkbox"/>	Productos/ Servicios Fiduciaria <input type="checkbox"/>	

Cuentas de Ahorros y Cuentas AFC

Autorización Exención de Gravamen Movimiento Financiero GMF

SI NO solicito a ustedes la aplicación de la exención del Gravamen a los Movimientos Financieros prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto tributario a la cuenta

Número _____ Para tal fin manifiesto que:

1. Conozco y acepto que la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros por persona, siempre y cuando se trate de un único titular.
2. Soy único titular de la cuenta de ahorros en el BANCO DE OCCIDENTE la cual identifiqué en la presente comunicación
3. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que realizo la presente solicitud de exención, en razón de que a la fecha no gozo del beneficio tributario en ninguna otra cuenta de ahorros del BANCO DE OCCIDENTE ni en otra entidad financiera, comprometiéndome a no solicitar dicha exención en otra entidad financiera mientras exista la exención sobre la cuenta de ahorros, respecto de la cual estoy solicitando el beneficio tributario.
4. Autorizo al BANCO DE OCCIDENTE para validar en el sistema financiero que no existe alguna otra cuenta de ahorros a mi nombre marcada para este fin y en consecuencia proceda con la marcación de la cuenta a partir de la fecha en que sea recepcionada esta comunicación.
5. En caso de estar en proceso de apertura la cuenta de ahorros en el BANCO DE OCCIDENTE, autorizo diligenciar el espacio de este formato con el número asignado y marcarla para acceder al beneficio tributario

*Campo Obligatorio.

Cuenta Activa, Cuenta Activa Básica y Crédito Rotativo

Si desea relacionar sus productos a su Cuenta Activa o Cuenta Activa Básica, diligenciar los siguientes campos.

Número	Número	Número
Cuenta Corriente _____	Tarjeta débito Tarjeta de Crédito Visa _____	Tarjeta de Crédito MC TC Business Card PYME amparada _____
Cuenta Ahorros _____		

Relacionar la fecha de pago de su Crédito Rotativo: 2 3 4 16 17 18

Crédito De Vehiculos

Marca	Línea	Modelo	Tipo de Servicio Público <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>	Producto	Precio de Venta \$
Clase Automóvil <input type="checkbox"/>	Camioneta <input type="checkbox"/>	Transporte Pasajeros <input type="checkbox"/>	Taxi <input type="checkbox"/>	Otro, ¿Cuál? _____	Nuevo <input type="checkbox"/>
Pick Up <input type="checkbox"/>	SUV <input type="checkbox"/>	Transporte de Carga <input type="checkbox"/>	Motosa <input type="checkbox"/>		Usado <input type="checkbox"/>
% Financiación	Plazo (meses)	Seguro con Banco de Occidente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Vendedor	No. de Cédula	Concesionario

Tarjeta de Crédito

Solicitante Principal <input type="checkbox"/>	Solicitante Amparado <input type="checkbox"/>	Codeudor con Plástico <input type="checkbox"/>	Codeudor sin Plástico <input type="checkbox"/>
	No CC Cliente Principal:		Cupo autorizado por el Principal VISA Pesos \$ _____
	No Tarjeta Credencial:		Cupo autorizado por el Principal MC Pesos \$ _____

Franquicia que desea

MasterCard MC:	Credencial Joven <input type="checkbox"/>	Credencial Clásica <input type="checkbox"/>	Credencial Gold <input type="checkbox"/>	Credencial Platinum <input type="checkbox"/>	Credencial Black <input type="checkbox"/>
Visa:	Credencial Joven <input type="checkbox"/>	Credencial Clásica <input type="checkbox"/>	Credencial Oro <input type="checkbox"/>	Credencial Platinum <input type="checkbox"/>	Credencial Signature <input type="checkbox"/>
	Marcas Compartidas:				
	Credencial LATAMPASS:	Oro <input type="checkbox"/>	Platinum <input type="checkbox"/>	Signature <input type="checkbox"/>	Priority Pass <input type="checkbox"/>
	Cueros Vélez <input type="checkbox"/>	Bodytech Oro <input type="checkbox"/>	Bodytech Signature <input type="checkbox"/>	Otra, ¿Cuál? _____	

Fecha de Pago MC a mediados de mes <input type="checkbox"/> VISA a mediados de mes <input type="checkbox"/> MC a finales de mes <input type="checkbox"/> VISA a finales de mes <input type="checkbox"/>	Suscripción Revista Credencial Como socio Credencial puede ordenar la suscripción anual a la Revista Credencial y su separata HISTORIA con cargo a: _____ ¿Desea Suscribirse? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En que dirección desea recibirla: Residencial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GND OF - 00000 24 72

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL DONANTE/APORTANTE

Primer Apellido MORENO	Segundo Apellido TANAYO	Primer Nombre Carlos	Segundo Nombre HERNAN.
Tipo de Documento de Identificación C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál _____		No. de Identificación 79.378.808	¿Ostenta la Calidad de PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento 31/08/67	Lugar de Nacimiento Tuluá	Nacionalidad Col	
Dirección Residencia Cra 28A # 67-60	Ciudad BOGOTÁ	Departamento CONDENA MARCA	
Teléfono Residencia _____	Celular 304 2045422	Ocupación u Oficio INDEPENDIENTE	Empresa donde Labora INDEPENDIENTE
Dirección Oficina Cra 28A # 67-60	Ciudad BOGOTÁ	Teléfono 304 2045422	
Actividad Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Indique si el Donante es Familiar del Candidato Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN BÁSICA DONANTE/APORTANTE (PERSONA JURÍDICA - ESTE CAMPO NO APLICA PARA CAMPANAS PRESIDENCIALES)

Razón o Denominación Social _____	NIT <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> NP _____	Nombre Corto o Sigla _____	Tipo de Entidad Oficina Principal <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/>
Dirección (Bloque/Torre/Local/Oficina) _____		Ciudad/Municipio _____	
Departamento _____	País _____	Teléfono _____	Fax _____
Página Web _____	¿Alguno de los beneficiarios finales o administradores de la Persona Jurídica ostenta la calidad de PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Código CIU _____

2. INFORMACIÓN DEL RECAUDO

Número de Cuenta Corriente Destino 08100020914	Código de Convenio _____	Tipo de Campaña Alcaldía <input type="checkbox"/> Presidencial <input type="checkbox"/> Congreso <input type="checkbox"/> Gobernación <input checked="" type="checkbox"/>	Asamblea <input type="checkbox"/> Concejo <input type="checkbox"/> JAL <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre del Titular de la Cuenta Diego Hernando Gil Loaza	Documento de ID. 10288852		
En el evento en que el titular de la cuenta sea diferente al candidato, por favor indicar nombre e identificación del candidato a continuación.			
Nombre del Candidato Roberto Jairo Jaramillo Corderos	Documento de ID. 108889083		

FORMAS DE PAGO

Banco	No. de Cheque	Valor	Efectivo	Cheque	TOTAL	Donación <input checked="" type="checkbox"/>	Préstamo <input type="checkbox"/>
			15.000.000		\$ 15.000.000		
Cantidad de Cheques _____							

NOTA: LOS CHEQUES INCLUIDOS EN ESTA CONSIGNACIÓN SON RECIBIDOS SUJETOS A VERIFICACIÓN POSTERIOR POR EL TOTAL

3. INFORMACIÓN MONETARIA

¿Recibe usted ingresos provenientes de alguna de las siguientes actividades económicas?
Industrias básicas de metales preciosos o comercio al por mayor de las mismas, fabricación de sustancias y productos químicos básicos, comercialización de desperdicios, desechos y chatarra, fabricación de armas y municiones, sociedades de intermediación cambiaria y de servicios financieros especiales (antes casas de cambio), construcción e infraestructura, transporte y carga, actividades extractivas (ej: extracción de carbón, petróleo, minerales, metales preciosos, etc.), actividades de apoyo para otras actividades de explotación de minas y canteras, juegos de suerte y azar, actividades de los profesionales de compra y venta de divisas.

Indique Cuál Actividad Económica _____

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS DEL DONANTE / APORTANTE

Yo, **Carlos Hernon Moreno Tanayo**, identificado con el documento de identidad No. **79378808** expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con NIH _____

de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen fondos en atención al procedimiento de debida diligencia adoptado de conformidad con la regulación vigente sobre partidos políticos, movimientos políticos y grupos significativos de ciudadanos (Ley 1475 de 2011) y sobre gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo para la campaña política o candidato

- Certifico que los recursos o bienes que entrego a **Roberto Jairo Jaramillo Corderos** son de mi propiedad y provienen de las siguientes fuentes: (Especificación de titular de la fuente y origen de los recursos, oficina, profesión, actividad, negocio, etc. -- No incluir gerencia) **comercialización de repuestos automotores**
- Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- En el evento en que la donación provenga de una persona jurídica, declaro que se cuenta con la autorización expresa de la mitad más uno de los miembros del órgano de administración competente de la persona jurídica, según lo establece el artículo 16 de la Ley 130 de 1994 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen.
- Declaro que conozco las fuentes de financiación prohibidas establecidas en el artículo 27 de la Ley 1475 de 2011 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen y que no me encuentro inmerso(a) en ninguna de ellas.
- Declaro que conozco el valor de los gastos máximos de esta campaña, según lo establecido por el Consejo Nacional Electoral y en consecuencia declaro que la donación que recibí no supera dichos topes de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 de la Ley 1475 de 2011
- Declaro que los recursos donados o aportados no provienen de personas naturales o jurídicas extranjeras.
- Conozco que mis recursos podrán ser repudiados a juicio del gerente, candidato o entidad bancaria.
- Me obligo a actualizar los datos e información que fueren requeridos por el candidato, gerente de la campaña o por la entidad bancaria.
- Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

5. OTRAS DECLARACIONES DEL DONANTE/APORTANTE

Autorizo al beneficiario del aporte/donación, a Bancolombia S.A. y a las entidades que pertenezcan o lleguen a pertenecer a su grupo de control y/o grupo financiero, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mi persona o a la persona jurídica que represento según el caso.

6. DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL APORTE/DONACIÓN

Yo _____ en mi calidad de representante legal o autorizado del beneficiario del aporte o donación, identificado con cédula de ciudadanía _____, certifico que he indagado y conozco el origen de los fondos inherentes al aporte o donación que se recibe del donante o aportante y certifico que aquellos no provienen de actividades ilícitas, particularmente de delitos asociados con corrupción, incluyendo, pero sin limitarse a Delitos contra la Administración Pública, Lavado de Activos, los delitos fuente de éste o financiación del terrorismo.

Así mismo y si se tratase de aportes o donaciones a campaña presidencial, certifico que éstos solo provienen de personas naturales y no de personas jurídicas de derecho privado.

Igualmente, si se tratase de aportes o donaciones a partidos y movimientos políticos o a grupos significativos de ciudadanos destinados para la financiación de campañas electorales, certifico que los mismos no proceden de personas naturales o jurídicas extranjeras.

1. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. En el evento en que la donación provenga de una persona jurídica, declaro que se cuenta con la autorización expresa de la mitad más uno de los miembros del órgano de administración competente de la persona jurídica, según lo establece el artículo 16 de la Ley 130 de 1994 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen.
3. Declaro que conozco las fuentes de financiación prohibidas establecidas en el artículo 27 de la Ley 1475 de 2011 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen y que el donante/aportante no se encuentra inmerso(a) en ninguna de ellas
4. Declaro que conozco el valor de los gastos máximos de esta campaña, según lo establecido por el Consejo Nacional Electoral y en consecuencia declaro que la donación que recibo no supera dichos toques de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 de la Ley 1475 de 2011.
5. Declaro que los recursos recibidos no provienen de personas naturales o jurídicas extranjeras.
6. Conozco que los recursos podrán ser repudiados a juicio de la entidad bancaria.
7. Me obligo a actualizar los datos e información del aportante o donante en el momento que la Entidad Financiera lo requiera.
8. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.
9. Autorizo a Bancolombia S.A. y a las entidades que pertenezcan o lleguen a pertenecer a su grupo de control y/o grupo financiero, domiciliados en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mi persona o a la persona jurídica que represento según el caso.

7. FIRMA Y HUELLA DEL DONANTE/APORTANTE Y DEL BENEFICIARIO DEL APORTE/DONACIÓN

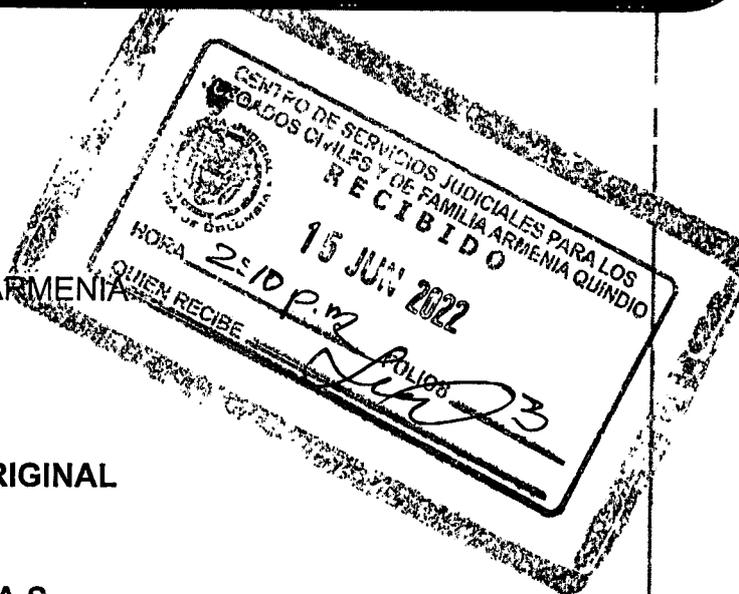
Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y comprobable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior firmo el presente formato de vinculación.

¿En qué calidad se realiza el aporte o donación? Nombre Propio <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	¿En qué título acepta el aporte o donación? Gerente <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/>	Para uso exclusivo del Banco Bancolombia VISADO POR FIRMA FIRMA _____ NOMBRE _____
Firma del Donante/Aportante No. Documento de Identificación.	Firma del Gerente de Campaña o candidato: No. Documento de Identificación.	

CNDSE-000024-2

Armenia, Junio 2022

Señor, **PRIMERO**
JUEZ CIVIL MUNICIPAL EN ORALIDAD DE ARMENIA
E.S.D



ASUNTO: REMISIÓN DE TÍTULO VALOR ORIGINAL

PROCESO: EJECUTIVO

DEMANDANTE: TRANSPORTES MAGLO S.A.S

DEMANDADO: ROBERTO JAIRO JARAMILLO CARDENAS

RADICADO: 63001-40-03-001-2021-00045-00

JEISSON ASDRUBAL GONZALEZ RIVEROS, persona mayor de edad, vecino de la ciudad de Pereira, abogado en ejercicio e identificado como aparece al pie de mi respectiva firma, actuando en calidad de apoderado judicial de la parte demandante. Dando cumplimiento a lo ordenado por el despacho me permito hacer entrega del TITULO VALOR - PAGARÉ original objeto del cobro ejecutivo del presente proceso al despacho.

Atentamente,

JEISSON ASDRUBAL GONZALEZ RIVEROS

jeisson.gonzalez.riveros@gmail.com

CC. 1.088.243.992 de Pereira

T.P 210.884 del C.S.J



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE DONANTES Y APORTANTES

FECHA 2019 10 19
FORMULARIO No.

1. INFORMACION BASICA DEL DONANTE/APORTANTE

Primer Apellido MORENO Segundo Apellido TAMAYO Primer Nombre CARLOS Segundo Nombre HERNAN.
Tipo de Documento de Identificación C.C. [X] Cédula de Extranjería [] RUT [] Otra [] Cuál []
Fecha de Nacimiento 31/08/65 Lugar de Nacimiento TULUA Nacionalidad Col.
Dirección Residencia CRA 28A # 67-60 Ciudad BOGOTÁ Departamento CUNDINAMARCA
Teléfono Residencia Celular 3042045422 Ocupación u Oficio INDEPENDIENTE Empresa donde labora INDEPENDIENTE
Dirección Oficina CRA 28A # 67-60 Ciudad BOGOTÁ Teléfono 304 204 5422
Actividad Independiente [X] Empleado [] Socio [] Indique si el Donante es Familiar del Candidato Si [] No [X]

INFORMACIÓN BASICA DONANTE/APORTANTE (PERSONA JURIDICA - ESTE CAMPO NO APLICA PARA CAMPANAS PRESIDENCIALES)

Razón o Denominación Social
NIT [] RUT [] N° [] Nombre Corto o Sigla [] Tipo de Entidad Oficina Principal [] Sucursal [] Agencia []
Dirección (Bloque/Torre/Local/Oficina) [] Ciudad/Municipio []
Departamento [] País [] Teléfono [] Fax []
Página Web [] ¿Alguno de los beneficiarios finales o administradores de la Persona Jurídica ostenta la calidad de PEP? Si [] No [X] Código CIU []

2. INFORMACIÓN DEL RECAUDO

Número de Cuenta Corriente Destino 0069100020914 Código de Convenio [] Tipo de Campaña Presidencial [] Congreso [] Gobernación [X]
Alcaldía [] Asamblea [] Concejo [] JAL []
Nombre del Titular de la Cuenta Diego Hernando Cal Loaza Documento de ID. 10280352
Nombre del Candidato Roberto Jairo Jaramillo Cardenas Documento de ID. 18889033

FORMAS DE PAGO

Table with columns: Banco, No. de Cheque, Valor, Efectivo, Cheque, TOTAL. Values: 15.000.000, 15.000.000. Includes 'NOTA: LOS CHEQUES INCLUIDOS EN ESTA CONSIGNACIÓN SON RECIBIDOS SUJETOS A VERIFICACIÓN POSTERIOR POR EL TOTAL' and 'Donación [X] Préstamo []'.

3. INFORMACIÓN MONETARIA

¿Recibe usted ingresos provenientes de alguna de las siguientes actividades económicas? Industrias básicas de metales preciosos o comercio al por mayor de las mismas, fabricación de sustancias y productos químicos básicos, comercialización de desperdicios, desechos y chatarra, fabricación de armas y municiones, sociedades de intermediación cambiaria y de servicios financieros especiales (antes casas de cambio), construcción e infraestructura, transporte y carga, actividades extractivas (ej: extracción de carbón, petróleo, minerales, metales preciosos, etc.), actividades de apoyo para otras actividades de explotación de minas y canteras, juegos de suerte y azar, actividades de los profesionales de compra y venta de divisas.
Indique Cuál Actividad Económica []

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS DEL DONANTE / APORTANTE

Yo, Carlos Hernan Moreno Tamayo, identificado con el documento de identidad No. 793156006 expedido en [], obrando en nombre propio y/o representación legal de [] con NIT [] de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen fondos en atención al procedimiento de debida diligencia adoptado de conformidad con la regulación vigente sobre partidos políticos, movimientos políticos y grupos significativos de ciudadanos (Ley 1475 de 2011) y sobre gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo para la campaña política o candidato.

- 1. Certifico que los recursos o bienes que entrego a Roberto Jairo Jaramillo Cardenas son de mi propiedad y provienen de las siguientes fuentes: (Describir detalladamente la fuente y origen de la actividad, negocio, etc. No incluir generico.) Comercialización repuestos automotores
2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. En el evento en que la donación provenga de una persona jurídica, declaro que se cuenta con la autorización expresa de la mitad más uno de los miembros del órgano de administración competente de la persona jurídica, según lo establece el artículo 16 de la Ley 130 de 1994 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen
4. Declaro que conozco las fuentes de financiación prohibidas establecidas en el artículo 27 de la Ley 1475 de 2011 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen y que no me encuentro inmerso(a) en ninguna de ellas.
5. Declaro que conozco el valor de los gastos máximos de esta campaña, según lo establecido por el Consejo Nacional Electoral y en consecuencia declaro que la donación que recibí no supera dichos toques de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 de la Ley 1475 de 2011
6. Declaro que los recursos donados o aportados no provienen de personas naturales o jurídicas extranjeras.
7. Conozco que mis recursos podrán ser repudiados a juicio del gerente, candidato o entidad bancaria.
8. Me obligo a actualizar los datos e información que fueren requeridos por el candidato, gerente de la campaña o por la entidad bancaria.
9. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

5. OTRAS DECLARACIONES DEL DONANTE/APORTANTE

Autorizo al beneficiario del aporte/donación, a Bancolombia S.A, y a las entidades que pertenezcan o lleguen a pertenecer a su grupo de control y/o grupo financiero, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mi persona o a la persona jurídica que represento según el caso.

6. DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL APORTE/DONACIÓN

Yo _____ en mi calidad de representante legal o autorizado del beneficiario del aporte o donación, identificado con cédula de ciudadanía _____, certifico que he indagado y conozco el origen de los fondos inherentes al aporte o donación que se recibe del donante o aportante y certifico que aquellos no provienen de actividades ilícitas, particularmente de delitos asociados con corrupción, incluyendo, pero sin limitarse a Delitos contra la Administración Pública, Lavado de Activos, los delitos fuente de éste o financiación del terrorismo.

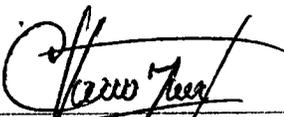
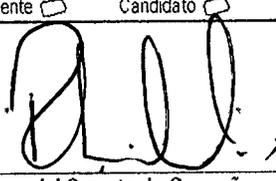
Así mismo y si se tratase de aportes o donaciones a campaña presidencial, certifico que éstos solo provienen de personas naturales y no de personas jurídicas de derecho privado.

Igualmente, si se tratase de aportes o donaciones a partidos y movimientos políticos o a grupos significativos de ciudadanos destinados para la financiación de campañas electorales, certifico que los mismos no proceden de personas naturales o jurídicas extranjeras.

1. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. En el evento en que la donación provenga de una persona jurídica, declaro que se cuenta con la autorización expresa de la mitad más uno de los miembros del órgano de administración competente de la persona jurídica, según lo establece el artículo 16 de la Ley 130 de 1994 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen.
3. Declaro que conozco las fuentes de financiación prohibidas establecidas en el artículo 27 de la Ley 1475 de 2011 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen y que el donante/aportante no se encuentra inmerso(a) en ninguna de ellas.
4. Declaro que conozco el valor de los gastos máximos de esta campaña, según lo establecido por el Consejo Nacional Electoral y en consecuencia declaro que la donación que recibo no supera dichos toques de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 de la Ley 1475 de 2011
5. Declaro que los recursos recibidos no provienen de personas naturales o jurídicas extranjeras.
6. Conozco que los recursos podrán ser repudiados a juicio de la entidad bancaria.
7. Me obligo a actualizar los datos e información del aportante o donante en el momento que la Entidad Financiera lo requiera.
8. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración
9. Autorizo a Bancolombia S.A. y a las entidades que pertenezcan o lleguen a pertenecer a su grupo de control y/o grupo financiero, domiciliados en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mi persona o a la persona jurídica que represento según el caso.

7. FIRMA Y HUELLA DEL DONANTE/APORTANTE Y DEL BENEFICIARIO DEL APORTE/DONACIÓN

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y comprobable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior firmo el presente formato de vinculación.

¿En qué calidad se realiza el aporte o donación? Nombre Propio <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	¿En qué título acepta el aporte o donación? Gerente <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/>	Para uso exclusivo del Banco Bancolombia VISADÓ POR FIRMA FIRMA _____ NOMBRE _____
 Firma del Donante/Aportante No. Documento de Identificación.	 Firma del Gerente de Campaña o candidato. No. Documento de Identificación.	



1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL DONANTE/APORTANTE

Primer Apellido MORENO	Segundo Apellido TAMAYO	Primer Nombre Carlos	Segundo Nombre HERNAN
Tipo de Documento de Identificación C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál _____	No. de Identificación 79.378.808	¿Ostenta la Calidad de PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento 31/08/65	Lugar de Nacimiento Tuluá	Nacionalidad col.	
Dirección Residencia Cra 29A # 67-60	Ciudad BOGOTÁ	Departamento CONDOLIMARCA	
Teléfono Residencia Celular 304 204 5422	Ocupación u Oficio INDEPENDIENTE	Empresa donde Labora INDEPENDIENTE	
Dirección Oficina Cra 29A # 67-60	Ciudad BOGOTÁ	Teléfono 304 204 5422	
Actividad Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Indique si el Donante es Familiar del Candidato Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN BÁSICA DONANTE/APORTANTE (PERSONA JURÍDICA - ESTE CAMPO NO APLICA PARA CAMPANAS PRESIDENCIALES)

Razón o Denominación Social		Tipo de Entidad Oficina Principal <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/>	
NIT <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> NP _____	Nombre Corto o Sigla		
Dirección (Bloque/Torre/Local/Oficina)		Ciudad/Municipio	
Departamento	Pais	Teléfono	Fax
Página Web	¿Alguno de los beneficiarios finales o administradores de la Persona Jurídica ostenta la calidad de PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Código CIIU

2. INFORMACIÓN DEL RECAUDO

Número de Cuenta Corriente Destino 006900020914	Código de Convenio	Tipo de Campaña Alcaldía <input type="checkbox"/> Presidencial <input type="checkbox"/> Congreso <input type="checkbox"/> Gobernación <input checked="" type="checkbox"/>	Asamblea <input type="checkbox"/> Concejo <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/>
Nombre del Titular de la Cuenta Diego Hernando Gil Traza		Documento de ID. 10288352	
En el evento en que el titular de la cuenta sea diferente al candidato, por favor indicar nombre e identificación del candidato a continuación			
Nombre del Candidato Roberto Jairo Jaramillo Cardenas		Documento de ID. 18387083	

FORMAS DE PAGO

Banco	No. de Cheque	Valor	Efectivo	Cheque	TOTAL	Donación <input checked="" type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/>
			15.000.000	-	\$ 15.000.000	
NOTA: LOS CHEQUES INCLUIDOS EN ESTA CONSIGNACIÓN SON RECIBIDOS SUJETOS A VERIFICACIÓN POSTERIOR POR EL TOTAL						

3. INFORMACIÓN MONETARIA

¿Recibe usted ingresos provenientes de alguna de las siguientes actividades económicas?
Industrias básicas de metales preciosos o comercio al por mayor de las mismas, fabricación de sustancias y productos químicos básicos, comercialización de desperdicios, desechos y chatarra, fabricación de armas y municiones, sociedades de intermediación cambiaria y de servicios financieros especiales (antes casas de cambio), construcción e infraestructura, transporte y carga, actividades extractivas (ej: extracción de carbón, petróleo, minerales, metales preciosos, etc.), actividades de apoyo para otras actividades de explotación de minas y canteras, juegos de suerte y azar, actividades de los profesionales de compra y venta de divisas.

Indique Cuál Actividad Económica _____

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS DEL DONANTE / APORTANTE

Yo, **Carlos Hernan Moreno Tamayo**, identificado con el documento de identidad No. **79378608**, expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con NIT _____ de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen fondos en atención al procedimiento de debida diligencia adoptado de conformidad con la regulación vigente sobre partidos políticos, movimientos políticos y grupos significativos de ciudadanos (Ley 1475 de 2011) y sobre gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo para la campaña política o candidato:

- Certifico que los recursos o bienes que entrego a **Roberto Jairo Jaramillo Cardenas** son de mi propiedad y provienen de las siguientes fuentes: **Comercialización repuestos de auto motores** (Descripción detallada de la fuente y origen de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc. - No incluir ganancias)
- Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- En el evento en que la donación provenga de una persona jurídica, declaro que se cuenta con la autorización expresa de la mitad más uno de los miembros del órgano de administración competente de la persona jurídica, según lo establece el artículo 16 de la Ley 130 de 1994 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen.
- Declaro que conozco las fuentes de financiación prohibidas establecidas en el artículo 27 de la Ley 1475 de 2011 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen y que no me encuentro inmerso(a) en ninguna de ellas.
- Declaro que conozco el valor de los gastos máximos de esta campaña, según lo establecido por el Consejo Nacional Electoral y en consecuencia declaro que la donación que recibo no supera dichos toques de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 de la Ley 1475 de 2011
- Declaro que los recursos donados o aportados no provienen de personas naturales o jurídicas extranjeras.
- Conozco que mis recursos podrán ser repudiados a juicio del gerente, candidato o entidad bancaria.
- Me obligo a actualizar los datos e información que fueren requeridos por el candidato, gerente de la campaña o por la entidad bancaria.
- Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

5. OTRAS DECLARACIONES DEL DONANTE/APORTANTE

Autorizo al beneficiario del aporte/donación, a Bancolombia S.A. y a las entidades que pertenezcan o lleguen a pertenecer a su grupo de control y/o grupo financiero, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mi persona o a la persona jurídica que represento según el caso.

6. DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL APORTE/DONACIÓN

Yo _____ en mi calidad de representante legal o autorizado del beneficiario del aporte o donación, identificado con cédula de ciudadanía _____, certifico que he indagado y conozco el origen de los fondos inherentes al aporte o donación que se recibe del donante o aportante y certifico que aquellos no provienen de actividades ilícitas, particularmente de delitos asociados con corrupción, incluyendo, pero sin limitarse a Delitos contra la Administración Pública, Lavado de Activos, los delitos fuente de éste o financiación del terrorismo

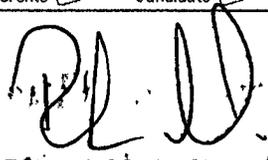
Así mismo y si se tratase de aportes o donaciones a campaña presidencial, certifico que éstos solo provienen de personas naturales y no de personas jurídicas de derecho privado.

Igualmente, si se tratase de aportes o donaciones a partidos y movimientos políticos o a grupos significativos de ciudadanos destinados para la financiación de campañas electorales, certifico que los mismos no proceden de personas naturales o jurídicas extranjeras.

1. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. En el evento en que la donación provenga de una persona jurídica, declaro que sé cuenta con la autorización expresa de la mitad, más uno de los miembros del órgano de administración competente de la persona jurídica, según lo establece el artículo 16 de la Ley 130 de 1994 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen.
3. Declaro que conozco las fuentes de financiación prohibidas establecidas en el artículo 27 de la Ley 1475 de 2011 o aquellas que la modifiquen, adicionen o deroguen y que el donante/aportante no se encuentra inmerso(a) en ninguna de ellas.
4. Declaro que conozco el valor de los gastos máximos de esta campaña, según lo establecido por el Consejo Nacional Electoral y en consecuencia declaro que la donación que recibo no supera dichos toques de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 de la Ley 1475 de 2011.
5. Declaro que los recursos recibidos no provienen de personas naturales o jurídicas extranjeras.
6. Conozco que los recursos podrán ser reputados a juicio de la entidad bancaria.
7. Me obligo a actualizar los datos e información del aportante o donante en el momento que la Entidad Financiera lo requiera.
8. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.
9. Autorizo a Bancolombia S.A. y a las entidades que pertenezcan o lleguen a pertenecer a su grupo de control y/o grupo financiero, domiciliados en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mi persona o a la persona jurídica que represento según el caso.

7. FIRMA Y HUELLA DEL DONANTE/APORTANTE Y DEL BENEFICIARIO DEL APORTE/DONACIÓN

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y comprobable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior firmo el presente formato de vinculación.

¿En qué calidad se realiza el aporte o donación? Nombre Propio <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>		¿En qué título acepta el aporte o donación? Gerente <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/>		Para uso exclusivo del Banco Bancolombia VISADO POR FIRMA
Firma del Donante/Aportante No. Documento de Identificación.	 Huella Índice Derecho	 Firma del Gerente de Campaña o candidato. No. Documento de Identificación.	 Huella Índice Derecho	

ADDE-0000024-2.2

Armenia Quindío, julio 15 de 2022

Doctor
ABEL DARIO GONZALEZ
JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL
Armenia Quindío

REFERENCIA: ALLEGA DOCUMENTACION
RADICADO: 63001-40-03-001-2021-00045-00

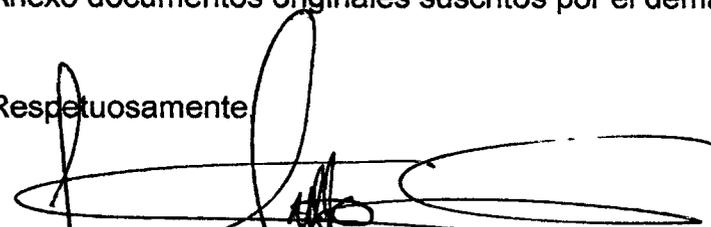
Juan Carlos Jaramillo García, persona mayor de edad, vecino del Municipio de Armenia Quindío, identificado con la cedula de ciudadanía número 89'001.596 expedida en Armenia Quindío y portador de la tarjeta profesional número 162.951 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial del señor Roberto Jairo Jaramillo Cárdenas, mayor de edad y vecino de esta localidad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 18.389.033 expedida en Calarcá, por medio del presente escrito y en atención a la prueba pericial decretada por su despacho, allego los documentos ordenados en auto del 31 de mayo de 2022, así mismo conforme a información del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Laboratorio de Documentología y Grafología Forense, para el trámite de la prueba se debe seguir el siguiente procedimiento:

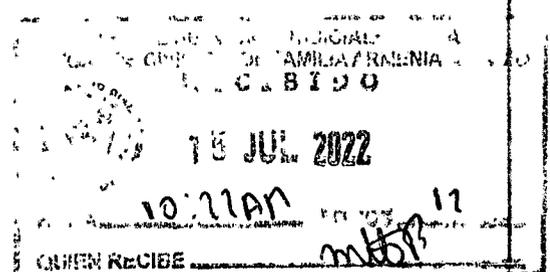
- El Despacho judicial deberá surtir oficio dirigido al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Laboratorio de Documentología y Grafología Forense, ubicado en la Avenida de las Américas No. 98- 25 de la ciudad de Pereira, en la cual se establezca con detalle la prueba decretada y el fin para la cual fue solicitada, además de adjuntar el documento del cual se requiere la prueba pericial.
- Se deberá informar al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Laboratorio de Documentología y Grafología Forense, los datos de contacto del demandado y su apoderado, para que se realice la citación en sitio para la realización del dictamen pericial.
- Una vez surtida la prueba pericial, se indicara por parte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Laboratorio de Documentología y Grafología Forense, el valor a sufragar por parte del demandado.

Respecto de lo anterior indicamos que el demandado Señor Roberto Jairo Jaramillo Cárdenas podrá ser contactado a través del correo electrónico robertoaramillo09@hotmail.com y el suscrito en la Calle 19 No. 12 – 41 Local 13 piso menos 1 Centro comercial Altavista, celular 317-3046955, correo electrónico juanajara75@gmail.com.

Anexo documentos originales suscritos por el demandado en 14 folios.

Respetuosamente


Juan Carlos Jaramillo García
C. C. N° 89'001.596 de Armenia Quindío
T. P. N° 162.951 del C. S. de la Judicatura



Armenia Quindío, junio 06 de 2021

Doctor
ABEL DARIO GONZALEZ
JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL
Armenia Quindío

REFERENCIA: PRUEBAS
RADICADO: 63001-40-03-001-2021-00045-00

Juan Carlos Jaramillo García, persona mayor de edad, vecino del Municipio de Armenia Quindío, identificado con la cedula de ciudadanía número 89'001.596 expedida en Armenia Quindío y portador de la tarjeta profesional número 162.951 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial del señor **Roberto Jairo Jaramillo Cárdenas**, mayor de edad y vecino de esta localidad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 18.389.033 expedida en Calarcá, atendiendo la orden impartida en auto del 31 de mayo de 2022, allego a su despacho documentos originales suscritos por el demandado y documento de autenticación de la firma ante Notario Público, todo esto con fines de practica de prueba grafológica decretada.

De igual manera, respetuosamente solicito me indiquen que emolumentos debo proveer para el trámite de la prueba grafológica ante el Laboratorio de Documentología Forense del Instituto de Medicina y Ciencias Forenses de Pereira, además que tramite debo seguir para la práctica de la misma.

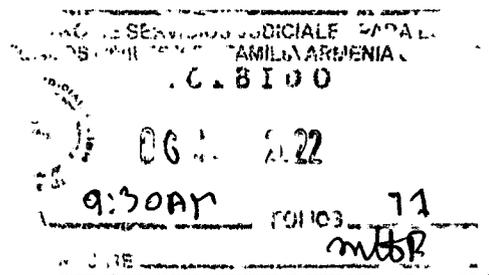
Quedando atento a que el demandante allegue título ejecutivo original (pagaré), y que su despacho me indique tramite procesal seguir.

Anexo 10 folios en original.

Respetuosamente,



Juan Carlos Jaramillo García
C. C. N° 89'001.596 de Armenia Quindío
T. P. N° 162.951 del C. S. de la Judicatura



Armeria Quindio junio 2 de 2022

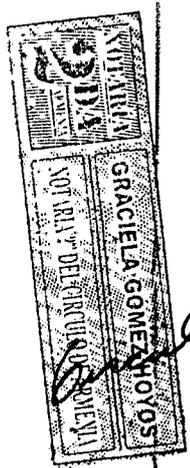
Doctor

JUAN Carlos Ramirez

Notario tercero Circuito de Armeria

Cordoba Sabado

Me permito solicitarle se me autentiquen las siguientes Formas con el fin de aportarlas a proceso judicial.



Rhll.

Rhll.

Rhll.

Rhll.

Rhll.

Rhll.

Rhll.
Roberto J. Jaramilla C.
18389.033 Calarcas



NOTARÍA 2da DEL CÍRCULO DE ARMENIA

RECONOCIMIENTO FIRMA Y CONTENIDO



Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
Ante Graciela Gómez Hoyos NOTARÍA (E) 2
DEL CÍRCULO DE ARMENIA compareció:

JARAMILLO CARDENAS ROBERTO JAIRÓ
Identificado(a) con C.C. 18389033

Quien declaró que las firmas de este documento son suyas, el contenido del mismo es cierto y autoriza 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 para verificar este documento código cp51e.



Armenia - Quindío - 2022-06-02 14:14:59

Graciela Gómez Hoyos
NOTARÍA (E) 2 DEL CÍRCULO DE ARMENIA
08124727/05 / 2022

Cod.: CP51E





A

CERTIFICACIÓN

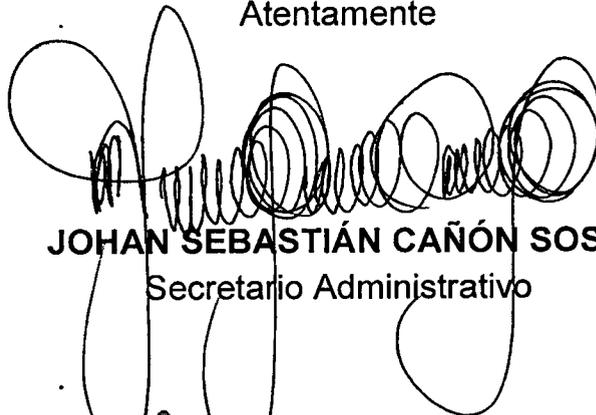
El suscrito Secretario Administrativo de la Gobernación del Quindío, certifica que se remite original de las resoluciones que se relacionan a continuación, para validación de firma del Doctor Roberto Jairo Jaramillo Cárdenas, en su calidad de Gobernador del Departamento del Quindío:

RESOLUCIÓN	FECHA	CONCEPTO
3524	16/05/2022	Por medio de la cual se reconoce y se ordena el pago de una cuota parte de bono pensional Tipo (B), por parte del Departamento del Quindío
3530	17/05/2022	Por medio de la cual se emite y se ordena el pago de bono pensional Tipo (B), por parte del Departamento del Quindío
3551	17/05/2022	Por medio de la cual se reconoce y se ordena el pago de una cuota parte de bono pensional Tipo (B), por parte del Departamento del Quindío
3552	17/05/2022	Por medio de la cual se reconoce y se ordena el pago de una cuota parte de bono pensional Tipo (B), por parte del Departamento del Quindío

Se solicita una vez se termine el proceso de peritaje se haga devolución de las resoluciones a la Secretaria Administrativa de la Gobernación del Quindío, dado su carácter de documentos públicos.

La presente se expide, a los dos (02) días del mes de junio del dos mil veintidós (2022).

Atentamente



JOHAN SEBASTIÁN CAÑÓN SOSA
Secretario Administrativo



Departamento del Quindío
GOBERNACIÓN

RESOLUCIÓN N° 03524 DE 16 MAY 2022

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UNA CUOTA PARTE DE BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el artículo 305 de la Constitución Nacional y demás normas concordantes; y

CONSIDERANDO

1. Que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES remitió al DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, mediante oficio radicado en la ventanilla de la Oficina de Gestión Documental de la Gobernación del Departamento del Quindío, bajo el número R-3472 del 20/04/2021, solicitud de reconocimiento y pago del cupón pensional de la afiliada LUZMA LOTERO, identificada con la cédula de ciudadanía No.24.477.416.
2. Se trata de un bono Tipo B, por cuanto se emite y se paga a favor de las personas que se trasladaron al Régimen de Prima Media con Prestación Definida.
3. Según lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1299 de 1994, los bonos pensionales constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al Sistema General de Pensiones.
4. De conformidad con el contenido de la Certificación Electrónica de Tiempos Laborados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, contentivos de la historia laboral válida para el reconocimiento de bonos pensionales, expedido por la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS, y en relación con la información laboral de la señora LUZMA LOTERO se observa que la misma laboró al servicio de la mencionada E.S.E., siendo el tiempo válido para bono pensional desde el 01/03/1969 hasta el 02/01/1978, desde el 01/02/1978 hasta el 18/07/1979, desde el 17/09/1979 hasta el 23/09/1979, desde el 13/06/1990 hasta el 10/01/1991, desde el 01/08/1992 hasta el 30/06/1995.
5. Acorde con lo anterior, la responsabilidad del pasivo pensional por los períodos servidos por la señora LUZMA LOTERO, se discrimina de la siguiente manera:
 - a) La señora LUZMA LOTERO figura como BENEFICIARIA ACTIVA a 31/12/1993, según la Certificación expedida el 26/08/1998 por el Ministerio de Salud, que acredita la Calidad de Beneficiarios del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud creado mediante el artículo 33 de la Ley 60 de 1993; razón por la cual el cupón del bono pensional de los períodos comprendidos desde el 01/03/1969 hasta el 02/01/1978, desde el 01/02/1978 hasta el 18/07/1979, desde el 17/09/1979 hasta el 23/09/1979, desde el 13/06/1990 hasta el 10/01/1991, desde el 01/08/1992 hasta el 31/12/1993, corresponde su pago a este Ente Territorial con cargo a los recursos del Patrimonio Autónomo constituido con los recursos aportados por la Nación (Ministerio de Salud) y el Departamento del Quindío al Contrato de Concurrencia No. 000572 del 29/12/1999, suscrito en virtud al contenido del artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y firmado con el objeto de concurrir al pago del

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

pasivo prestacional del Sector Salud del Departamento del Quindío; Patrimonio Autónomo administrado en términos financieros, por la FIDUCIARIA - CENTRAL SA.; y administrativamente, por el Departamento del Quindío.

b) El cupón del bono pensional correspondiente al período comprendido entre el 01/01/1994 hasta el 30/06/1995, deberá ser asumido por la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS de Armenia Quindío.

6. Verificado entonces el sistema de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se encuentra que, en el caso de la señora LUZMA LOTERO, la redención normal se configuró 30/07/2005.

7. Así mismo, una vez revisado el software de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, puede constatarse que el bono pensional de la señora LOTERO arroja la siguiente información:

EMISOR	E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío
Fecha de corte:	01/07/1995
Valor total del bono a fecha de corte:	\$14.425.576
Valor cuota parte del Departamento del Quindío a fecha de corte:	\$ 12.864.663
Fecha Base:	10/01/1991
Salario Base:	\$51.720
Días totales válidos para bono a fecha de corte	5046
Días a cargo del Departamento del Quindío	4500

8. El valor del cupón del bono pensional con fecha de corte 01/07/1995, se actualizó a la fecha de pago, esto es al 30/05/2022, arrojando la suma de CIENTO VEINTIÚN MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO PESOS (\$121.195.000) M/cte., tal y como consta en el cupón de pago expedido por la Administradora Colombiana de pensiones Colpensiones.

Por lo expuesto anteriormente, el Gobernador del Departamento del Quindío...

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. RECONOCER Y ORDENAR EL PAGO de la cuota parte del Bono Pensional Tipo (B) de la señora LUZMA LOTERO, identificada con la cédula de ciudadanía No.24.477.416 y con destino a la Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES, por los servicios prestados por la afiliada en la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS desde el 01/03/1969 hasta el 02/01/1978, desde el 01/02/1978 hasta el 18/07/1979, desde el 17/09/1979 hasta el 23/09/1979, desde el 13/06/1990 hasta el 10/01/1991, desde el 01/08/1992 hasta el 31/12/1993, el cual se actualizó a la fecha de pago, esto es al 30/05/2022, arrojando la suma de CIENTO VEINTIÚN MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO PESOS (\$121.195.000) M/cte., pago que se realizará con cargo a los recursos del Patrimonio Autónomo, tal y como fue explicado en la parte considerativa del presente acto administrativo.

ARTÍCULO SEGUNDO. Remitir copia del presente Acto Administrativo, al representante legal de la FIDUCIARIA - CENTRAL S.A., para los efectos legales pertinentes, en su condición de administradora en términos financieros del Patrimonio Autónomo de los recursos correspondientes al pasivo pensional del sector salud del Departamento del Quindío.

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

ARTÍCULO TERCERO. Notificar La presente resolución a la Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES", conforme a lo preceptuado en los artículos 67 y sucesivos de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo), en concordancia con los Instructivos N° 8 y 9 expedidos por la Oficina de Bono Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ARTÍCULO CUARTO: Contra la presente Resolución solo procede el recurso de reposición, ante el Señor Gobernador del Departamento del Quindío, de conformidad con el contenido del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, el cual debe interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, o a la notificación por aviso, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 *ibidem*, con observancia de los requisitos estipulados en el artículo 77 de la misma Ley.

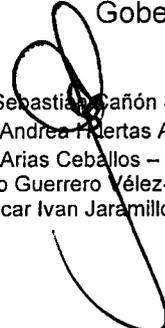
De conformidad con el contenido del inciso 3° del numeral 2 del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, contra la presente resolución no procede el recurso de apelación.

ARTÍCULO QUINTO. La presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

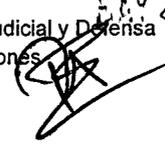
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Armenia Quindío, a los 16 días del mes de MAY del año 2022.


ROBERTO JAIRO JARAMILLO CÁRDENAS
Gobernador Del Departamento del Quindío

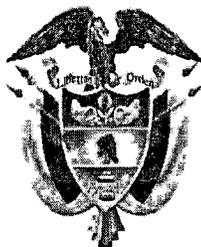

Vo. Bo. Doctor Johan Sebastián Cañón Sosa - Secretario Administrativo

Vo. Bo. Doctora Paula Andrea Puertas Arcila - Secretaria Representación Judicial y Defensa 

Revisó: Doctora Paola Arias Ceballos - Directora Fondo Territorial de Pensiones 

Revisó: Doctor Mauricio Guerrero Vélez - Contratista F.T.P. 

Proyectó y Elaboró. Oscar Ivan Jaramillo Gutiérrez - Contratista F.T.P. 



S.A.D.F. 763.124.02-03008

Departamento del Quindío

GOBERNACIÓN

RESOLUCIÓN N° 03530

DE 17 MAY 2022

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EMITE Y SE ORDENA EL PAGO DE BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el artículo 305 de la Constitución Nacional y demás normas concordantes; y...

CONSIDERANDO

1. Que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES" remitió al DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO mediante oficio con radicado en la ventanilla única de la Oficina de Gestión Documental del Departamento del Quindío bajo el número R-2316 del 23 de marzo de 2022, solicitud de reconocimiento y pago de bono pensional del señor OSCAR IGLESIAS ALVIS identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.524.068.
2. Se trata de un bono pensional Tipo (B), por cuanto se emite y se paga a favor de las personas que se trasladaron al Régimen de Prima Media con Prestación Definida.
3. Según lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1299 de 1994, los bonos pensionales constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al Sistema General de Pensiones.
4. De conformidad con el contenido de los Certificados Electrónicos de Tiempos Laborados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, contentivos de la historia laboral válida para el reconocimiento de bonos pensionales, expedidos por el DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO y en relación con la información laboral del señor OSCAR IGLESIAS ALVIS cargada en la página de la OBP, se observa que el mismo laboró al servicio del INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDÍO (Liquidado), desde el 21/10/1985 hasta el 04/04/1995, siendo tiempo valido para bono pensional desde el 21/10/1985 hasta el 06/07/1994, periodo durante el cual no se realizaron los aportes para pensión en la Caja de Previsión Social del Departamento del Quindío CAPREQUINDIO.
5. De conformidad con el Decreto No. 000453 del 17 de junio de 2013, el Departamento del Quindío asumió el pasivo y acreencias pensionales del liquidado INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDÍO (LIQUIDADO), razón por la cual, este Ente Territorial debe asumir el pago del Bono Pensional solicitado a favor del señor OSCAR IGLESIAS ALVIS.

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EMITE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

6. Según lo establecido en el artículo 17 de la Ley 549 de 1999, el emisor y cada contribuyente responderán por su cuota parte en el bono pensional, para lo cual, los bonos podrán emitirse a través de cupones. En el caso del Régimen de Ahorro Individual podrá preverse el fraccionamiento del bono en la forma que determine el Gobierno.

7. Acorde con lo anterior, el Departamento del Quindío en calidad de Emisor, debe asumir el pago de la cuota parte del bono pensional del señor OSCAR IGLESIAS ALVIS, identificado como ya ha quedado establecido por los servicios prestados en el INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDÍO (Liquidado), siendo el tiempo válido para bono pensional desde el 21/10/1985 hasta el 06/07/1994, bono cuyo reconocimiento y pago se ordenará a través del presente acto administrativo con cargo a los recursos del FONPET, cuenta PROPÓSITO GENERAL, en virtud de las siguientes disposiciones legales:

- La Ley 549 de 1999, por medio de la cual se dictaron normas tendientes a financiar el pasivo pensional de las entidades territoriales y se creó el Fondo Nacional de Pensiones de las entidades territoriales "FONPET," determinó como pasivo pensional: los bonos pensionales, el valor correspondiente a las reservas matemáticas de pensiones y las cuotas partes de bonos y de pensiones.
- El artículo 6 de la Ley 549 de 1999, faculta el retiro de recursos de la cuenta de cada entidad territorial en el Fondo Nacional de Pensiones de las entidades territoriales "FONPET", para el pago de pasivos pensionales, siempre y cuando, sumado el monto acumulado en la cuenta territorial en el FONPET con los recursos que tengan en sus Fondos Territoriales de Pensiones o en sus Patrimonios Autónomos o en las reservas legalmente constituidas por las entidades descentralizadas o demás entidades del nivel territorial, cubra el cálculo del pasivo pensional total de la entidad en el cien por ciento (100%), de conformidad con el respectivo cálculo actuarial.
- Conforme al contenido del artículo 51 de la Ley 863 de 2003, para el cubrimiento de las obligaciones por concepto de bonos pensionales y cuotas partes de bonos pensionales, los entes territoriales podrán utilizar hasta el cincuenta por ciento (50%) del saldo disponible en la cuenta del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, FONPET, aun cuando la reserva constituida no haya alcanzado el ciento por ciento (100%) del pasivo pensional, recursos que se podrán transferir directamente a las entidades administradoras en nombre de los entes territoriales emisores, previa autorización del representante legal respectivo.
- Dentro del inciso cuarto del artículo 3° del Decreto 055 de 2009, se establece que el valor del pasivo pensional será igual a la suma de los cálculos actuariales de las entidades territoriales registradas en el FONPET, adicionados en una provisión del cinco por ciento (5%) para gastos de administración y un veinte por ciento (20%) para desviaciones del cálculo actuarial y contingencias, lo cual significa que el valor de la reserva FONPET debe equivaler al 125% del pasivo pensional.
- El procedimiento y los requisitos para el retiro de recursos para el pago de bonos pensionales y cuotas partes de bonos pensionales se encuentra establecido en el artículo 18 del Decreto 4105 de 2004.

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EMITE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

- Como se trata de cubrir una obligación por concepto de bonos pensionales, no es necesario que el Departamento del Quindío haya cumplido con el requisito de tener una reserva pensional superior al cien por ciento (100%) del pasivo pensional adeudado, siendo entonces factible pagar el bono pensional reconocido a través del presente acto administrativo, con cargo a los RECURSOS DEL FONPET, cuenta PROPÓSITO GENERAL.

8. Revisado el software de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, puede constatarse que el bono pensional del señor OSCAR IGLESIAS ALVIS, arroja la siguiente información:

EMISOR	Departamento del Quindío
Fecha de corte:	07/07/1994
Valor total del bono a fecha de corte:	\$22.763.177
Valor cuota parte Departamento del Quindío a fecha de corte:	\$ 12.768.412
Fecha Base:	30/06/1992
Salario Base:	\$223.986
Días totales válidos para bono a fecha de corte	5671
Días a cargo del Departamento del Quindío	3181

9. EL valor del bono pensional será actualizado y capitalizado, por parte de la entidad competente, al momento de hacer el giro de los recursos FONPET a la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

Acorde con lo anteriormente expuesto, el Gobernador del Departamento del Quindío...

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. EMITIR Y ORDENAR EL PAGO del Bono Pensional Tipo (B) del señor OSCAR IGLESIAS ALVIS, identificado con la cédula de ciudadanía número 7.524.068, por los servicios prestados en el Instituto Seccional de Salud del Quindío (Liquidado), siendo el tiempo válido para bono pensional desde el 21/10/1985 hasta el 06/07/1994, por el valor que resulte luego de la actualización y capitalización realizada por la entidad competente, con cargo a los recursos del FONPET cuenta PROPÓSITO GENERAL, en la subcuenta Departamento del Quindío.

ARTÍCULO SEGUNDO. REMITIR copia auténtica del presente acto administrativo, a la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, para los efectos legales y los trámites pertinentes, a fin de obtener su pago a través del FONPET, cuenta PROPÓSITO GENERAL del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; AFP a la que de igual manera se le remitirán los documentos que se deben anexar al presente acto administrativo, tales como la autorización del representante legal del Departamento del Quindío para el pago con los recursos FONPET, los documentos que le acreditan como representante legal del departamento y copia del documento firmado por el Gobernador del Departamento del Quindío con los aspectos legales que deben conocer los representantes legales de las Administradoras del Régimen de Pensiones en el formato elaborado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ARTÍCULO TERCERO. NOTIFICAR la presente resolución, a la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, conforme a lo preceptuado en los

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EMITE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

artículos 67 y sucesivos de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo), en concordancia con los Instructivos N° 8 y 9 expedidos por la Oficina de Bono Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ARTÍCULO CUARTO. Contra la presente resolución solo procede el Recurso de Reposición, ante el Señor Gobernador del Departamento del Quindío, de conformidad con el contenido del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, el cual debe interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, o a la notificación por aviso, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 *ibídem*, con observancia de los requisitos estipulados en el artículo 77 de la misma Ley.

De conformidad con el contenido del inciso 3° del numeral 2 del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, contra la presente resolución no procede el recurso de apelación.

ARTÍCULO QUINTO. La presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Armenia Quindío, a los _____ días del mes de _____ del año 2022.

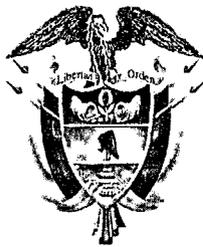

ROBERTO JAIRO JARAMILLO CÁRDENAS
Gobernador Del Departamento del Quindío

Vo. Bo. Doctor Johan Sebastián León Sosa - Secretario Administrativo

Vo. Bo. Doctora Paula Andrea Huertas Arcila - Secretaria Representación Judicial y Defensa

Revisó. Doctora Paola Arias Ceballos - Directora Fondo Territorial de Pensiones

Revisó. Doctor Mauricio Guerrero Vélez - Contratista F.T.P.
Proyectó y Elaboró. Oscar Ivan Jaramillo Gutiérrez - Contratista F.T.P.



Departamento del Quindío

GOBERNACIÓN

RESOLUCIÓN N° 03551 DE 17. MAY. 2022

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UNA CUOTA PARTE DE BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el artículo 305 de la Constitución Nacional y demás normas concordantes; y...

CONSIDERANDO

1. Que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES remitió al DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, mediante oficio radicado en la ventanilla de la Oficina de Gestión Documental de la Gobernación del Departamento del Quindío, bajo el número R-5487 del 04/06/2021, solicitud de reconocimiento y pago del cupón pensional de la afiliada MARIA TERESA VALENCIA CHAVARRO, identificada con la cédula de ciudadanía No.41.889.611.

2. Se trata de un bono Tipo B, por cuanto se emite y se paga a favor de las personas que se trasladaron al Régimen de Prima Media con Prestación Definida.

3. Según lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1299 de 1994, los bonos pensionales constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al Sistema General de Pensiones.

4. De conformidad con el contenido de la Certificación Electrónica de Tiempos Laborados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, contentivos de la historia laboral válida para el reconocimiento de bonos pensionales, expedido por la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS, y en relación con la información laboral de la señora MARIA TERESA VALENCIA CHAVARRO se observa que la misma laboró al servicio de la mencionada E.S.E., siendo el tiempo válido para bono pensional desde el 02/11/1982 hasta el 30/06/1995.

5. Acorde con lo anterior, la responsabilidad del pasivo pensional por los períodos servidos por la señora MARIA TERESA VALENCIA CHAVARRO, se discrimina de la siguiente manera:

- a) La señora MARIA TERESA VALENCIA CHAVARRO figura como BENEFICIARIA ACTIVA a 31/12/1993, según la Certificación expedida el 26/08/1998 por el Ministerio de Salud, que acredita la Calidad de Beneficiarios del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud creado mediante el artículo 33 de la Ley 60 de 1993; razón por la cual el cupón del bono pensional de los períodos comprendidos desde el 02/11/1982 hasta el 31/12/1993, corresponde su pago a este Ente Territorial con cargo a los recursos del Patrimonio Autónomo constituido con los recursos aportados por la Nación (Ministerio de Salud) y el Departamento del Quindío al Contrato de Concurrencia No. 000572 del 29/12/1999, suscrito en virtud al contenido del artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y firmado con el objeto de concurrir al pago del pasivo prestacional del Sector Salud del Departamento del Quindío; Patrimonio Autónomo administrado en términos financieros,

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

por la FIDUCIARIA – CENTRAL SA.; y administrativamente, por el Departamento del Quindío.

b) El cupón del bono pensional correspondiente al período comprendido entre el 01/01/1994 hasta el 30/06/1995, deberá ser asumido por la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS de Armenia Quindío.

6. Verificado entonces el sistema de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se encuentra que, en el caso de la señora MARIA TERESA VALENCIA CHAVARRO, la redención normal se configuró 27/02/2012.

7. Así mismo, una vez revisado el software de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, puede constatarse que el bono pensional de la señora VALENCIA CHAVARRO arroja la siguiente información:

EMISOR	E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío
Fecha de corte:	01/07/1995
Valor total del bono a fecha de corte:	\$16.484.144
Valor cuota parte del Departamento del Quindío a fecha de corte:	\$ 14.537.703
Fecha Base:	30/06/1992
Salario Base:	\$143.123
Días totales válidos para bono a fecha de corte	4624
Días a cargo del Departamento del Quindío	4078

8. El valor del cupón del bono pensional con fecha de corte 01/07/1995, se actualizó a la fecha de pago, esto es al 30/05/2022, arrojando la suma de CIENTO SETENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS (\$174.366.000) M/cte., tal y como consta en el comprobante de pago de Colpensiones.

Por lo expuesto anteriormente, el Gobernador del Departamento del Quindío...

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. RECONOCER Y ORDENAR EL PAGO de la cuota parte del Bono Pensional Tipo (B) de la señora MARIA TERESA VALENCIA CHAVARRO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.889.611 y con destino a la Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES, por los servicios prestados por la afiliada en la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS desde el 02/11/1982 hasta el 31/12/1993, el cual se actualizó a la fecha de pago, esto es al 30/05/2022, arrojando la suma de CIENTO SETENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS (\$174.366.000) M/cte., pago que se realizará con cargo a los recursos del Patrimonio Autónomo, tal y como fue explicado en la parte considerativa del presente acto administrativo.

ARTÍCULO SEGUNDO. Remitir copia del presente Acto Administrativo, al representante legal de la FIDUCIARIA - CENTRAL S.A., para los efectos legales pertinentes, en su condición de administradora en términos financieros del Patrimonio Autónomo de los recursos correspondientes al pasivo pensional del sector salud del Departamento del Quindío.

ARTÍCULO TERCERO. Notificar La presente resolución a la Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES", conforme a lo preceptuado en los artículos 67 y sucesivos de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo), en concordancia con los Instructivos N° 8 y 9 expedidos por la Oficina de Bono Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

ARTÍCULO CUARTO: Contra la presente Resolución solo procede el recurso de reposición, ante el Señor Gobernador del Departamento del Quindío, de conformidad con el contenido del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, el cual debe interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, o a la notificación por aviso, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 *ibidem*, con observancia de los requisitos estipulados en el artículo 77 de la misma Ley.

De conformidad con el contenido del inciso 3° del numeral 2 del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, contra la presente resolución no procede el recurso de apelación.

ARTÍCULO QUINTO. La presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Armenia Quindío, a los _____ días del mes de _____ del año 2022.


ROBERTO JAIRO JARAMILLO CÁRDENAS
Gobernador Del Departamento del Quindío

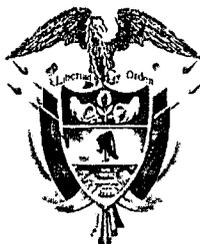
Vo. Bo. Doctor Johan Sebastián Cañón Sosa - Secretario Administrativo

Vo. Bo. Doctora Paula Andrea Huertas Arcila - Secretaria Representación Judicial y Defensa 

Revisó Doctora Paola Arias Ceballos - Directora Fondo Territorial de Pensiones

Revisó Doctor Mauricio Guerrero Vélez - Contratista F.T.P. 

Proyectó y Elaboró Osácar Iván Jaramillo Gutiérrez - Contratista F.T.P. 



Departamento del Quindío
GOBERNACIÓN

RESOLUCIÓN Nº 03552 DE 17 MAY 2022

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UNA CUOTA PARTE DE BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el artículo 305 de la Constitución Nacional y demás normas concordantes; y...

CONSIDERANDO

1. Que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES remitió al DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, mediante oficio radicado en la ventanilla de la Oficina de Gestión Documental de la Gobernación del Departamento del Quindío, bajo el número R-8811 del 03/09/2021, solicitud de reconocimiento y pago del cupón pensional de la afiliada RUDELSY GUTIERREZ CARMONA, identificada con la cédula de ciudadanía No.24.487.544

2. Se trata de un bono Tipo B, por cuanto se emite y se paga a favor de las personas que se trasladaron al Régimen de Prima Media con Prestación Definida.

3. Según lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1299 de 1994, los bonos pensionales constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al Sistema General de Pensiones.

4. De conformidad con el contenido de la Certificación de Tiempos Laborados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, contentivos de la historia laboral válida para el reconocimiento de bonos pensionales, expedido por la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS, y en relación con la información laboral de la señora RUDELSY GUTIERREZ CARMONA se observa que la misma laboró al servicio de la mencionada E.S.E., siendo el tiempo válido para bono pensional desde el 01/07/1976 hasta el 28/02/1977, desde el 16/03/1979 hasta el 22/08/1983, desde el 26/08/1983 hasta el 30/04/1984, desde el 01/06/1984 hasta el 30/06/1995.

5. Acorde con lo anterior, la responsabilidad del pasivo pensional por los periodos servidos por la señora RUDELSY GUTIERREZ CARMONA, se discrimina de la siguiente manera:

- a) La señora RUDELSY GUTIERREZ CARMONA figura como BENEFICIARIA ACTIVA a 31/12/1993, según la Certificación expedida el 26/08/1998 por el Ministerio de Salud, que acredita la Calidad de Beneficiarios del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud creado mediante el artículo 33 de la Ley 60 de 1993; razón por la cual el cupón del bono pensional de los periodos comprendidos desde el 01/07/1976 hasta el 28/02/1977 desde el 16/03/1979 hasta el 22/08/1983, desde el 26/08/1983 hasta el 30/04/1984, desde el 01/06/1984 hasta el 31/12/1993, corresponde su pago a este Ente Territorial con cargo a los recursos del Patrimonio Autónomo constituido con los recursos aportados por la Nación (Ministerio de Salud) y el Departamento del Quindío al Contrato de Concurrencia No 000572 del 29/12/1999, suscrito en virtud al contenido del artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y firmado con el objeto de concurrir al pago del pasivo prestacional del Sector Salud del Departamento del Quindío; Patrimonio Autónomo administrado en términos

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

financieros, por la FIDUCIARIA – CENTRAL SA.; y administrativamente, por el Departamento del Quindío.

- b) El cupón del bono pensional correspondiente al período comprendido entre el 01/01/1994 hasta el 30/06/1995, deberá ser asumido por la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS de Armenia Quindío.

6. Verificado entonces el sistema de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se encuentra que, en el caso de la señora RUDELSY GUTIERREZ CARMONA, la redención normal se configuró 05/11/2011.

7. Así mismo, una vez revisado el software de liquidación de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, puede constatarse que el bono pensional de la señora GUTIERREZ CARMONA arroja la siguiente información:

EMISOR	E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío
Fecha de corte:	01/07/1995
Valor total del bono a fecha de corte:	\$14.972.399
Valor cuota parte del Departamento del Quindío a fecha de corte:	\$ 13.645.300
Fecha Base:	30/06/1992
Salario Base:	\$127.586
Días totales válidos para bono a fecha de corte:	6160
Días a cargo del Departamento del Quindío	5614

8. El valor del cupón del bono pensional con fecha de corte 01/07/1995, se actualizó a la fecha de pago, esto es al 30/05/2022, arrojando la suma de CIENTO DIECINUEVE MILLONES SESENTA Y DOS MIL PESOS (\$119.062.000) M/cte., tal y como consta en el comprobante de pago de Colpensiones.

Por lo expuesto anteriormente, el Gobernador del Departamento del Quindío...

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. RECONOCER Y ORDENAR EL PAGO de la cuota parte del Bono Pensional Tipo (B) de la señora RUDELSY GUTIERREZ CARMONA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 24.487.544 y con destino a la Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES", por los servicios prestados por la afiliada en la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS desde el 01/07/1976 hasta el 28/02/1977, desde el 16/03/1979 hasta el 22/08/1983, desde el 26/08/1983 hasta el 30/04/1984, desde el 01/06/1984 hasta el 31/12/1993, el cual se actualizó a la fecha de pago, esto es al 30/05/2022, arrojando la suma de CIENTO DIECINUEVE MILLONES SESENTA Y DOS MIL PESOS (\$119.062.000) M/cte., pago que se realizará con cargo a los recursos del Patrimonio Autónomo, tal y como fue explicado en la parte considerativa del presente acto administrativo.

ARTÍCULO SEGUNDO. Remitir copia del presente Acto Administrativo, al representante legal de la FIDUCIARIA - CENTRAL S.A., para los efectos legales pertinentes, en su condición de administradora en términos financieros del Patrimonio Autónomo de los recursos correspondientes al pasivo pensional del sector salud del Departamento del Quindío.

ARTÍCULO TERCERO. Notificar La presente resolución a la Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES", conforme a lo preceptuado en los artículos 67 y sucesivos de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UN BONO PENSIONAL TIPO (B), POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO"

Administrativo), en concordancia con los Instructivos N° 8 y 9 expedidos por la Oficina de Bono Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ARTÍCULO CUARTO: Contra la presente Resolución solo procede el recurso de reposición, ante el Señor Gobernador del Departamento del Quindío, de conformidad con el contenido del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, el cual debe interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, o a la notificación por aviso, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 *ibidem*, con observancia de los requisitos estipulados en el artículo 77 de la misma Ley.

De conformidad con el contenido del inciso 3° del numeral 2 del artículo 74 de la Ley 1437 de 2011, contra la presente resolución no procede el recurso de apelación.

ARTÍCULO QUINTO. La presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Armenia Quindío, a los _____ días del mes de _____ del año 2022.


ROBERTO JAIRÓ JARAMILLO CÁRDENAS
Gobernador Del Departamento del Quindío

Vo Bo. Doctor Johan Sebastián Sosa - Secretario Administrativo
Vo Bo. Doctora Paula Andrea Huertas Arcila - Secretaria Representación Judicial y Defensa 
Revisó Doctora Paola Arias Ceballos - Directora Fondo Territorial de Pensiones
Revisó Doctor Mauricio Guerrero Vélez - Contratista F.T.P. 
Proyectó y Elaboró. Oscar Ivan Jaramillo Gutiérrez - Contratista F.T.P. 