

Secretaría Sala Laboral Tribunal Superior - Valle del Cauca - Cali <sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 22/04/2024 13:44

Para: Despacho 17 Sala Laboral Tribunal Superior - Valle del Cauca - Cali <des17sltscali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Jose Francisco Puerta Yepes <jpuertayep@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Victoria Eugenia Ramos Ordoñez <vramoso@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 4 archivos adjuntos (7 MB)

Formulario de Afiliacion.pdf; CARTA 10554173.pdf; Certificado DAF.pdf; 1.zip;

Cordial saludo.

Remito el mensaje recibido en el proceso del asunto.

Atentamente,  
**ANDRÉS FELIPE CAÑÓN ARANGO**  
Escribiente



Secretaría Sala Laboral | Tribunal Superior De Cali

Teléfono: 8980800 Ext 8102

Sitio web: [www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co)

Email: [sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Dirección: Calle 12 # 4 - 36 Oficina 106

De: Comunicaciones Oficiales <comunicacionesoficiales@colpensiones.gov.co>

Enviado: lunes, 22 de abril de 2024 12:38

Para: Secretaría Sala Laboral Tribunal Superior - Valle del Cauca - Cali <sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Certificado: RESPUESTA A REQUERIMIENTO JUDICIAL BZ: 2024\_6101022-2024\_6981840-CC- 10554173-RAD 76001310500520220001801 PARTE - 1



Un servicio de Certicámara. Validez y seguridad jurídica electrónica



certimail

Powered by RPost®

Este es un Email Certificado™ enviado por Comunicaciones Oficiales.

Buen día

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

En cumplimiento a las disposiciones emitidas mediante la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, "por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia y se dictan otras disposiciones"

En especial el artículo 1 establece: "Esta Ley tiene por objeto adoptar como legislación permanente las normas contenidas en el Decreto Ley 806 de 2020 con el fin de implementar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales y agilizar el trámite de los procesos judiciales ante la jurisdicción ordinaria en las especialidades civil, laboral, familia, jurisdicción de lo contencioso administrativo, jurisdicción constitucional y disciplinaria, así como las actuaciones de las autoridades administrativas que ejerzan funciones jurisdiccionales y en los procesos arbitrales. (...)".

Como consecuencia de lo anteriormente descrito, me permito allegar respuesta al requerimiento elevado dentro del siguiente proceso:

Proceso N°: 76001310500520220001801  
Demandante: MERARDO APONZA GOMEZ  
Identificación: 10554173  
Oficio N°: De fecha 03 de abril de 2024  
Tipo trámite: Requerimiento judicial

**NOTA: Por favor tener en cuenta que la respuesta al requerimiento será enviada en 3 partes debido al tamaño de los archivos.**

**AVISO IMPORTANTE:** Esta dirección de correo electrónico [comunicacionesoficiales@colpensiones.gov.co](mailto:comunicacionesoficiales@colpensiones.gov.co) **es de uso único y exclusivo para el envío de respuestas a requerimientos judiciales.** Este correo electrónico **NO** se encuentra disponible para la radicación de requerimientos judiciales o acciones de tutela por parte de los Despachos Judiciales, así como tampoco para atender las solicitudes de los ciudadanos. Es preciso señalar, que la radicación por parte de los Despachos Judiciales se debe continuar efectuando a través del buzón de notificaciones judiciales - Colpensiones [notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co).

Cordial saludo



Dirección de Procesos Judiciales  
Grupo de Requerimientos Judiciales  
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

 RPOST®PATENTADO

Bogotá D.C., 18 de abril de 2024

Señores:

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI - SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL**

**MP. JOSE MANUEL TENORIO CEBALLOS**

Calle 11 No. 4 - 34

Cali, Valle del Cauca

E. S. M.

**Referencia:**

Proceso N°: **76001310500520220001801**  
Demandante: **MERARDO APONZA GOMEZ**  
Identificación: **10554173**  
Oficio N°: **De fecha 03 de abril de 2024**  
Tipo trámite: **Requerimiento judicial**

**LUDY SANTIAGO SANTIAGO**, en mi calidad de Director de Procesos Judiciales de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, Empresa Industrial y Comercial del Estado con carácter financiero creada por la ley 1151 de 2007; y conforme a las funciones contempladas en el Acuerdo 131 del 26 de abril del 2018, me permito dar respuesta al oficio de fecha 03 de abril de 2024, remitiendo expediente administrativo en medio magnético expedido por la Dirección Documental y certificado expedido por la Dirección de Afiliaciones, correspondiente a **MERARDO APONZA GOMEZ** quien se identifica con cédula de ciudadanía No **10554173**, de acuerdo a lo solicitado en el oficio de la referencia.

De requerir información adicional, estaremos en disposición de dar respuesta de manera oportuna

Cordialmente,



**LUDY SANTIAGO SANTIAGO**  
DIRECTORA DE PROCESOS JUDICIALES  
COLPENSIONES

Anexos: Lo enunciado

Elaboró: ejcharrisv – Profesional III DPJ

Revisó: yaquinteror – Profesional Junior DPJ

Aprobó: Crbustamantem – Profesional Master VII DPJ

No. de Radicado, BZ. 2024\_6101022 - 2024\_7202745

Bogotá D.C., 16 de abril de 2024

Doctor (a):  
JOSE MANUEL TENORIO CEBALLO  
MAGISTRADO  
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI - SALA SEXTA DE  
DECISIÓN LABORAL  
Calle 11 No. 4 – 34  
sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co  
CALI - VALLE

**Radicado:** 76001-31-05-005-2022-00018-01  
**Ciudadano:** MERARDO APONZA GOMEZ CC 10554173  
**Tipo de Trámite:** Requerimiento Judicial

Respetado Doctor (a):

Reciba un especial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES. En respuesta al requerimiento dentro del proceso ordinario señalado bajo la referencia, al respecto nos permitimos informar que, verificada la Base de Datos de Colpensiones se encuentra que el señor MERARDO APONZA GOMEZ, se encuentra Afiliado (a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, administrado por Colpensiones, en estado Activo Cotizante así:

Identificación	C-10554173		
Nombres	MERARDO		
Apellidos	APONZA GOMEZ		
Fecha de Nacimiento	13/03/1959	Sexo	M
Departamento de Nacimiento	CAUCA		
Municipio de Nacimiento	PUERTO TEJADA		
Dirección	CLL 28 26 A 32 VILLA CLARITA		
Departamento de Residencia	CAUCA		
Municipio de Residencia	PUERTO TEJADA		
Telefono	3168033832/	Email	55513mag@gmail.com
Estado	VIVO		
Estado Pension	Activo Cotizante		
Fecha Vinculación	01/05/1979		
Tipo Afiliado	COTIZANTE		

Adicionalmente se evidencia que presento traslado al RAIS con la AFP Protección con fecha de inicio de efectividad 01 de octubre de 1994, regresando al RPM administrado por el ISS hoy Colpensiones con fecha de solicitud 03 de diciembre de 2003 con efectividad el 01/02/2004 de conformidad con formulario de afiliación que se anexa a esta respuesta.

Novedad	Entidad	Nombre Entidad Definitiva	Fecha
Traslado Aprobado del Iss a un Fondo de Pensión	2	PROTECCION	oct. 01 de 1994
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión al Iss	23	COLPENSIONES - Antes ISS	feb. 01 de 2004

Igualmente se informa que el ciudadano no presento definición de afiliación por comité de multivinculación alguno.

Con lo anterior, esperamos haber atendido de manera adecuada su solicitud, quedando atentos a cualquier información adicional que al respecto se requiera.

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

Atentamente,



ROSA MERCEDES NIÑO AMAYA

Dirección de Afiliación

PROYECTÓ: amortizp



FORMULARIO DE VINCULACION O ACTUALIZACION AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

SELECCION AFILIACION

CONSECUTIVO  
FECHA RADICACION

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

DEPENDIENTE  INDEPENDIENTE

SECCIONAL 1461 03 PROMOTOR OFICINA P349 CODIGO PROMOTOR

DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Form fields for general data: No. DE DOCUMENTO (10554173), PRIMER APELLIDO (APONZA), SEGUNDO APELLIDO (GOMEZ), NOMBRES (MERAARDO), FECHA NACIMIENTO (19590313), SEXO (M), NACIONALIDAD (COLOMBIANO), INGRESO MENSUAL (332000), DIRECCION RESIDENCIA (VEREDA EL GUABAL), MUNICIPIO (CALOTO), DEPARTAMENTO (CAUCA), TELEFONO, OCUPACION (OFICIOS VARIOS).

DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Form fields for employer data: No. DE DOCUMENTO (817002622), RAZON SOCIAL O NOMBRE (EMPRESA DE SERVICIOS DEL CAUCA), DIRECCION (VEREDA EL GUABAL), MUNICIPIO (CALOTO), DEPARTAMENTO (CAUCA), TELEFONO, SUCURSAL (002), NATURALEZA (PUBLICA/PRIVADA).

II. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

Form fields for beneficiaries (1-4): Includes fields for No. DE DOCUMENTO, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRES, FECHA NACIMIENTO, SEXO, TIPO NOV., INGRESO, MODIFICACION, RETIRO, CODIGO PARENTESCO.

V. VINCULACION A PENSIONES

Form fields for pension linkage: TIPO NOVEDAD (ACTUALIZACION, AFILIACION PRIMERA VEZ, TRASLADO DE REGIMEN, TRASLADO DE ENTIDAD DIFERENTE), HA COTIZADO MAS DE 130 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS, SUBSIDIADO (SI/NO), EL AFILIADO DEBE COTIZAR BAJO EL REGIMEN ESPECIAL DE PENSIONES (SI/NO), TARIFA CON LA QUE DEBE COTIZAR.

Signature and declaration section: FIRMA DEL SOLICITANTE (Merardo Aponza), DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA, NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA, FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA.

## FORMULARIO DE VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Señor trabajador: Bienvenido al Seguro Social. Para registrar su afiliación al Sistema General de Pensiones proceda a diligenciar este formulario, el cual no requiere anexos para su presentación.

Diligencie el formulario en letra mayúscula e imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros.

Este formulario no requiere papel carbón.

Llene la casilla de acuerdo a la modalidad que pertenece, Trabajador Dependiente o Trabajador Independiente.

### I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

• TIPO Y No. DOCUMENTO: Llene la casilla que corresponda así: NUIP si es número único de identificación personal, C si es cédula de ciudadanía, N si es NIT, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería, P si es pasaporte o R si es registro civil, y escriba el número de identificación completo.

• PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRES: Escriba el primer apellido, segundo apellido y nombres, según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.

• FECHA DE NACIMIENTO: Escriba en números arábigos la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día. De acuerdo con el documento de identidad.

• SEXO: Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.

• NACIONALIDAD: Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.

• INGRESO MENSUAL: Escriba su ingreso mensual.

• SALARIO INTEGRAL: Llene la casilla según corresponda.

• ES EMPLEADOR: Llene la casilla si tiene o no empleados a su cargo.

• DIRECCIÓN RESIDENCIA: Escriba la dirección de la residencia en forma completa.

• MUNICIPIO: Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside.

• DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde reside.

• TELÉFONO: Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia.

• OCUPACIÓN U OFICIO: Escriba la ocupación u oficio que desempeña y el código de la actividad que realiza.

### II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

• TIPO Y No. DE DOCUMENTO: Llene la casilla que corresponda así: NUIP si es número único de identificación personal, C si es cédula de ciudadanía, N si es NIT, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o P si es pasaporte, escriba en las casillas el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.

• RAZÓN SOCIAL O NOMBRE: Si es trabajador dependiente, servicio doméstico, escriba la razón social o nombre del empleador. Si es trabajador independiente o madre comunitaria y la afiliación se tramita por intermedio de una entidad agrupadora o gremio indique el nombre o razón social de la entidad. Si es en forma individual deje en blanco.

• DIRECCIÓN: Escriba la dirección donde desarrolla las actividades su empleador o entidad agrupadora.

• MUNICIPIO: Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.

• DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.

• TELÉFONO: Escriba el número telefónico del sitio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.

• SUCURSAL: Consulte con su empleador el código de la sucursal. Si es independiente o madre comunitaria escriba la sucursal 0000001, en forma ascendente.

• NATURALEZA: Llene la casilla según corresponda, si es una empresa pública o privada.

### III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Relacione los miembros del núcleo familiar con derecho, teniendo cuidado de diligenciar todas las casillas así:

• TIPO Y No. DE DOCUMENTO: Llene la casilla que corresponda así: NUIP si es número único de identificación personal, C si es cédula de ciudadanía, N si es NIT, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería, P si es pasaporte o R si es Registro Civil, y escriba el número de identificación completo.

• APELLIDOS Y NOMBRES: Escriba el primer apellido, segundo apellido y nombres, según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.

• FECHA DE NACIMIENTO: Escriba en números arábigos la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día. De acuerdo con el documento de identidad.

• SEXO: Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.

• TIPO DE NOVEDAD: Llene la casilla según corresponda: Ingreso, Modificación o Retiro si se trata de retirar una persona a cargo.

• CÓDIGO DE PARENTESCO: Llene la casilla. 1 cónyuge, 2 compañero permanente, 3 padres, 4 hijos, 5 hijos inválidos y 6 hermanos inválidos.

Repita el anterior ejercicio por cada uno de sus beneficiarios.

### IV. VINCULACIÓN A PENSIONES

• TIPO DE NOVEDAD: Llene la casilla según se trate.

• ACTUALIZACIÓN: Se debe marcar cuando hay modificación en la información del afiliado o cuando cambia de empleador estando afiliado al régimen.

• AFILIACIÓN PRIMERA VEZ: Se debe marcar si es primera vez que se afilia al Sistema de Seguridad Social de Pensiones.

• TRASLADO DE RÉGIMEN: Se debe marcar si se está trasladando de otra Administradora de Fondo de Pensiones al Seguro Social y se podrá efectuar cuando hayan transcurrido por lo menos tres (3) años de afiliación a la administradora anterior.

• TRASLADO DE ENTIDAD DIFERENTE: Se debe marcar si se está trasladando de otra Administradora de Régimen de Prima Media u otra entidad diferente a la AFP (Administradora Fondo Pensional de Ahorro Individual).

• HA COTIZADO MÁS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS: Llene la casilla SI o NO según se trate.

• SI MARCÓ TRASLADO INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR: Escriba la Administradora de Pensiones anterior y el código de la AFP anterior.

• SUBSIDIADO: Llene la casilla según corresponda y haya tramitado una vinculación a través del consorcio PROSPERAR.

• EL AFILIADO DEBE COTIZAR BAJO EL RÉGIMEN ESPECIAL DE PENSIONES: Llene la casilla según corresponda, la ubicación del trabajador en actividades de alto riesgo de empresa privada u oficial.

• ¿CUÁL RÉGIMEN?: Escriba el régimen especial de pensiones al cual pertenece y el código.

• TARIFA CON LA QUE DEBE COTIZAR: Escriba el porcentaje que debe liquidar de aporte al régimen especial en pensiones.

• FIRMA DEL SOLICITANTE: Proceda a firmar su solicitud de afiliación en pensiones, con el cual garantiza acogerse a los beneficios del Régimen Solidario de Prima Media con prestación definida administrada por el ISS.

Recuerde la afiliación es libre y voluntaria.

• NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA: Señor empleador, proceda a firmar la solicitud de afiliación en pensiones.

NOTAS FINALES: Usted recibirá una copia de su afiliación, su empleador recibirá otra copia como constancia del trámite adelantado.

- Recuerde que usted dispone de cinco días calendario para retractarse de su afiliación en pensiones.

- Cualquier consulta adicional con gusto lo atendemos en la línea 9800-9-13-300 desde cualquier lugar del país sin costo alguno.

REPUBLICA DE COLOMBIA

CECULA DE CIUDADANIA Nº 10.554.173

DE Puerto Tejada(Cauca)

DE LOS APONZA GOMEZ

DE LOS Merardo

DE LA 13-Mar-1959-Pto. Tejada(Cauca)

DE LA 1-65 COLOR Moreno Osc.

DE LA Ninguna

DE LA 3-Mar-78

*Aponza Gomez*

FIRMA DEL CIUDADANO

*Arando Lopez*  
SECRETARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

