Libertad y Orden

Ciudad y fecha de expedición certificación: Tuluá, JULIO 6 DE 2016

FORMATO No. 1

CERTIFICADO DE INFORMACION LABORAL

Usar únicamente para certificar tiempos cotizados a Cajas públicas diferentes al ISS o tiempos no cotizados

Hoja 1 de 1

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

Número consecutivo: 176

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE E.S.E			2. NIT	891.901.158-4
3. Dirección	CALLE 27 CARRERA 39 ESQUINA	4. Ciudad:	TULUÁ	Código Dane	8 3 4
		5. Departamento:	VALLE	Código Dane	7 6
6.Telefono	2317777 ,	7. Fax	( )	8. E-Mail:	talentohumano@hospitaltomasuribe.gov.co

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

9. Nombre o Razón Social:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE E.S.E			10. NIT:	891.901.158-4
11. Dirección	CALLE 27 CARRERA 39 ESQUINA	12. Ciudad:	TULUÁ	Código	8 3 4
		13. Departamento:	VALLE	Código	7 6

14.Sector (Marcar solo uno)		15. E-Mail:	talentohumano@hospitaltomasuribe.gov.co			
	Sector Público Nacional					
x	Sector Público Departamental o Distrital	16.Telefono:	2317777	18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador	Dia	Mes	Año
	Sector público Municipal	17. Fax:			1	1	1998

C. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

19.Apellidos y Nombres completos del trabajador:	20. Documento de Identidad					21. Fecha de Nacimiento (Opcional)		
	TI	CC X	CE	NIT		Dia	Mes	Año
OLGA LUCIA VILLEGAS FONTAL	No:	31,202,250				1	12	1963

ACT: Datos de identificación alternos. Diligenciar en caso que la persona tenga otro(s) tipo(s) de identificación alternos

22.Apellidos y Nombres alternos del trabajador:	23.Tipo Documento alterno					24. No. Doc. Alterno:
	TI	CC	CE	NIT		

D. VINCULACIONES LABORALES (Si falta espacio utilice hoja adicional firmada con el mismo número consecutivo)

	25. PERIODOS DE VINCULACION LABORAL						26. ENTIDAD EMPLEADORA	27. Cargo / Observaciones	28. INTERRUPCIONES LABORALES NO REMUNERADAS (para cada periodo)						29. Total de días de Interrupción
	DESDE			HASTA					DESDE			HASTA			
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
1	14	1	1987	13	9	1987	HOSPITAL REGIONAL TOMAS URIBE	ALMACENISTA							0
2	7	9	2009	8	8	2012	HOSPITAL REGIONAL TOMAS URIBE	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO							0
3															
4	[redacted]														
5															
6															
7															

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

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

	30. PERIODOS DE APORTES						31. AL EMPLEADO SE LE DESCONTÓ PARA SEGURIDAD SOCIAL?	32. CAJA, FONDO O ENTIDAD A LA CUAL SE REALIZARON LOS APORTES.		33. ENTIDAD QUE RESPONDE POR EL PERIODO		34. Periodo a cargo de la entidad que Certifica
	DESDE			HASTA				Nombre	NIT o Codigo		NIT	
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año						
1	14	1	1987	13	9	1987	NO	FODEPVAC	890.399.029-5	FODEPVAC	890.399.029-5	NO
2												
3	7	9	2009	8	8	2012	SI	ISS	860013816-1	ISS	860013816-1	NO
4												

F. TRABAJADORES MIGRANTES: Diligenciar en caso que se estén certificando tiempos para un trabajador migrante, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 20 del Decreto 1748 de 1995, modificado por el Artículo 9° del Decreto 1513 de 1998.

35. Es trabajador migrante? SI [ ] No [X] → 36. Numero de semanas efectivamente laboradas por año: [ ]

G. INFORMACION SOBRE PENSIONES E INDEMNIZACION SUSTITUTIVA (La información de esta sección es de carácter netamente informativo, y solo debe ser diligenciado si la entidad que expide la certificación, tiene pruebas de la pensión a la cual se hace mención)

37. *¿Al trabajador para el cual se expide esta certificación le fue otorgada una indemnización sustitutiva por esa entidad o actualmente la está tramitando?* SI [ ] No [X]
Indemnización sustitutiva en trámite [ ]

38. *¿El trabajador para el cual se expide esta certificación fue o está pensionado por esa entidad o actualmente la está tramitando?* SI [ ] No [ ]
Pensión en trámite [X]

39. En caso de haber respondido "SI" o "Pensión en trámite" en el punto anterior, ¿Qué tipo de pensión se le otorgó?

[ ] Vejez [ ] Jubilación [ ] Asignación por retiro
[ ] Invalidez [ ] Sustitución [ ] Jubilación por aportes ISS
[ ] Muerte [ ] Pensión gracia [ ] Retiro por vejez

40. Resolucion de pensión No. _____

41. Fecha de Pensión: _____

42. ¿Tiene indicios de que el trabajador fue pensionado por otra entidad? SI [ ] (43. Entidad que reconoció la pensión: _____)
NO [X] (43. Entidad que pagó la pensión: _____)

IMPORTANTE: Si el trabajador se vinculó antes del 1 de Julio de 1992, estaba activo a 30 de junio de 1992 y este formato es para certificar tiempos para Bono Pensional, se debe diligenciar y enexar el formato "CERTIFICACION DE SALARIO BASE PARA LIQUIDACI

Aceptamos que cualquier falsedad en esta información nos hará acreedores a las sanciones del artículo 50 del Decreto 1748/95.

La información contenida en esta certificación reemplaza cualquier otra expedida en fecha anterior.

MIRYAM DEL CARMEN APONTE MONDRAGÓN		COORDINADORA DEL AREA DE PERSONAL (PROF. UNIVE.-02)	RES. 104 ENE 3 / 2001
Funcionario competente para certificar	Firma del funcionario	Cargo del funcionario	*Acto administrativo
C.C: 66,706,004			

Advertencia: *El diligenciamiento de la presente certificación no compromete a la entidad en aquellos casos en que la persona a la cual se le certifica información laboral no tenga derecho a pensión o a ser beneficiario de Bono Pensional.*

El diligenciamiento de la pre