FORMATO No. 1
CERTIFICADO DE INFORMACION LABORAL

Ciudad y fecha de expedición certificación: Bogotá, 11 de febrero de 2016

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

Número consecutivo: SRC-1129

A. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD QUE CERTIFICA

1. Nombre o Razón Social:	SENADO DE LA REPUBLICA			2. NIT	899999103-1
3. Dirección	CAPITOLIO NACIONAL	4. Ciudad:	BOGOTÁ D.C.	Código Dane	0 0 1
	CARRERA 7 # 8 - 68	5. Departamento:	BOGOTÁ D.C.	Código Dane	1 1
6. Telefono	(091)3823000 - 3824000 - 3825000	7. Fax	(091)3826321	8. E-Mail:	www.senado.gov.co

B. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR POR EL CUAL SE CERTIFICA TIEMPO

9. Nombre o Razón Social:	SENADO DE LA REPUBLICA				10. NIT:	899999103-1	
11. Dirección	CAPITOLIO NACIONAL	12. Ciudad:	BOGOTÁ D.C.			Código	0 0 1
	CARRERA 7 # 8 - 68	13. Departamento:	BOGOTÁ D.C.			Código	1 1
14. Sector (Marcar solo uno)	X Sector Público Nacional	15. E-Mail:	www.senado.gov.co				
	Sector Público Departamental o Distrital	16. Telefono:	(091)3823000-3824000- 3825000	18. Fecha en que entró en vigencia el SGP para ese empleador	Dia	Mes	Año
	Sector público Municipal	17. Fax:	(091)3826321		1	4	1994

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
VILLEGAS FONTAL OLGA LUCIA	No:	31.202.250				1	12	1963

22. Firma del trabajador

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 dias de Interrupción
	DESDE			HASTA					DESDE			HASTA			
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
1	7	9	2001	19	7	2.002	SENADO DE LA REPÚBLICA	ASISTENTE II	0	0	0	0	0	0	0
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

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	Nombre	NIT	
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año						
1	7	9	2001	19	7	2.002	SI	ISS	860013816-1	ISS	860013816-1	NO
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

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 actulmente la está tramitando?* Si [ ] No [ ] 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 [ ]

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

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

40. Resolucion de pensión No. _____

41. Fecha de 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 LIQUIDACION Y EMISION DE BONOS PENSIONALES".

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

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

MARISOL RINCON ROZO		JEFE DE SECCIÓN	Procedimiento Administrativo de Nomina 29/05/2014
Funcionaria competente para certificar	Firma del funcionario	Cargo del funcionario	Nota administrativa