



DEPTO. DE ARCHIVO Y
ADMON. DE DOCUMENTOS

PRONTUARIO LABORAL № 30847

PERTENECIENTE A:

SERRANO

SOLANO

LIBIA ISABEL

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO

NOMBRES

CEDULA DE CIUDADANIA ANTERIOR _____ DE _____

CEDULA DE CIUDADANIA ACTUAL 42.891.665 DE ENVIGADO ANT.

LIBRETA MILITAR № _____ FICHO № 42.891.665

MICROFILM: ROLLO № 191 GAVETA № _____ ARCHIVADOR № _____

0020303002

C O D I G O 4 2 8 9 1 6 6 5

acta 344/88

MUNICIPIO DE MEDELLIN - DEPARTAMENTO DE PERSONAL

| | | |
|-----------------------------------------------|--|---------------------------------|
| NOMBRE: SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | | Conservador |
| CEDULA: 42.891 .665 | | EXPEDIDA EN: Envigado |
| LIBRETA MILITAR: | | CLASE: T.D. N° : 925673 |
| FECHA DE NACIMIENTO: 16 septiembre de 1.966 | | LUGAR: Bucaram anga (SANTANDER) |
| NOMBRE DE LOS PADRES: ANTONIO Y TERESA | | |
| ESTADO CIVIL: Soltera. | | NOMBRE DEL CONYUGE: |
| ESTUDIOS REALIZADOS: 6Bto y otros | | |
| FECHA DE POSESION: 26 abril de 1.988 | | DECRETO N° : 139 |
| CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |
| DEPENDENCIA: Unidad de atención a la 3a. Edad | | SECRETARIA: BIENESTAR SOCIAL |
| ASIGNACION INICIAL: \$ 62.902.00 | | FACTOR HORA: 258.503 |



TIEMPO DE SERVICIO

| INGRESO | | DESEMPEÑO | | INGRESO | |
|---------|-----|-----------|-----|---------|-----|-----------|-----|---------|-----|-----------|-----|---------|-----|-----------|-----|---------|-----|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 26 | 04 | 88 | 05 | 02 | 96 | | | | | | | | | | | | |

VACACIONES DISFRUTADAS

| DESDE | HASTA | PERIODO QUE CUBREN | VALOR PRIMA | REAJUSTE DE PRIMA | | OBSERVACIONES |
|----------|----------|-------------------------------------|-------------|-------------------|------------------|---------------|
| | | | | DIA | MES | |
| 22 05 89 | 13 06 89 | abril 26/88 - abil 25/89 | \$ 20.89 | \$ 54.446.96 | + U-\$ 62.678.50 | |
| 14 05 90 | 14 06 90 | abril 26/89 - abil 25/90 | 169.150.60 | + PMS 12.518.18 | + U\$ 76.104.10 | ✓ |
| 08 11 90 | 08 08 91 | abril 26/90 - abil 25/91 | | | | |
| 03 08 92 | 25 08 92 | abril 26/91 - abil 25/92 | | | | |
| 03 12 93 | 07 01 94 | abril 26/92 - Mayo 3/93 - Mayo 2/93 | | | | |
| 20 06 94 | 11 07 94 | por Mayo 3/93 - Mayo 2/94 | | | | |
| 08 05 95 | 26 05 95 | abril 26/94 - Mayo 2/95 | | | | |
| | | | 14 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANTICIPO DE CESANTIAS

| FECHA | RESOLUCION | VALOR | CONCEPTO | FECHA | | RESOLUCION | | VALOR | CONCEPTO |
|----------|------------|-----------|----------|-------|-----|------------|------|-------|----------|
| | | | | DIA | MES | AÑO | Nro. | | |
| 19 02 91 | 083 91 | 305616.00 | Comp | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



MUNICIPIO
DE
MEDELLIN

SOLICITUD DE EMPLEO

SECRETARIA O DEPTO. ADMINISTRATIVO.

Bienestar social

CARGO

Auxiliar de enfermería.

FECHA DE SOLICITUD

IV - 5 - 88

LLENSE A MANO CON LETRA CLARA.

I. INFORMACION PERSONAL.

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|-------|-------------------|
| NOMBRES COMPLETOS | | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | | |
| COMO APARECE EN LA CEDULA | | | | | |
| Lilibeth Isabel | | Garrano | Solano. | | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | FECHA DE NACIMIENTO | | | |
| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS | DIA | MES | AÑO |
| Bucaramanga | Santander | Colombia | 16 | IX | 1966 |
| DIRECCION | RESIDENCIA ACTUAL | TELÉFONO | | | |
| Calle 30A # 80A-28 Bolívar | | 238-44-68 | | | |
| SEXO | TALLA | PESO | | | |
| M o F | 1.55 MTS. | 48 Kg. | | | |
| CEDULA NO. | DE | LIBRETA MILITAR No. | LICENCIA VEHICULO No. | CLASE | LICENCIA MOTO No. |
| 412.891.665 Env. Ant. | | | | | |
| ESTADO CIVIL | NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE | | | | |
| Soltera | Teresa Luisa Solano de Serrano | | | | |
| NOMBRE DEL PADRE | NOMBRE DE LA MADRE | | | | |
| Antonio Serrano (Fallecido) Teresa Luisa Solano de Serrano. | | | | | |
| DIRECCION TRABAJO ACTUAL | | | | | |
| Calle 44A # 75-104 | | | | | |

II. EDUCACION.

| | | | | |
|----------------------------|----------|--------------|---------------------|-------------|
| ESTUDIOS / ESTABLECIMIENTO | CIUDAD | AÑO APROBAD. | TITULO OBTENIDO | AÑO |
| PRIMARIOS | | | | |
| Colegio El Prado | Bogotá | 5 | Primaria Académica | 1979 |
| SECUNDARIOS | | | | |
| Col. Sta Ma del Rosario | Medellín | 6 | Bachiller Académico | 1985 |
| TECNICOS | | | | |
| SENA | Medellín | 1½ | Auxiliar Enfermería | 1987 |
| UNIVERSITARIOS | | | | |
| DE ESPECIALIZACION | | | | |
| CATEGORIA ESCALAFON | PRIMARIA | 1 2 3 4 SIN | SECUNDARIA | 1 2 3 4 SIN |
| OTROS | | | | |

-Gde

III. EMPLEOS ANTERIORES.

| EMPLEOS | ACTUAL _____ ULTIMA _____ | PENULTIMA | ANTEPENULTIMA |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------|---------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA | Municipio - SEÑA | | |
| CARGO OCUPADO | Auxiliar Enfermeria | | |
| ULTIMO SUELDO | \$ 24.100.00 | | |
| FECHA INGRESO | I - 13 - 1986 | | |
| FECHA RETIRO | VII - 12 - 1987 | | |
| NOMBRE JEFE INMEDIATO | Claudia Pipo de Z. | | |
| TELEFONO | 251 - 12 - 22 | | |
| MOTIVO DEL RETIRO | Finalización curso auxiliar de enfermería. | | |
| SI HA TRABAJADO EN ENTIDADES PUBLICAS ESPECIFIQUE A CONTINUACION | | | |
| ENTIDAD | DESDE | HASTA | |
| Municipio de Medellín S. Bienestar Social (contrato) | VIII-14-1987 | Actualmente. | |
| | | | |
| | | | |

IV. REFERENCIAS PERSONALES.

| NOMBRES Y APELLIDOS | OCCUPACION | TELEFONO |
|-----------------------|----------------------|-----------|
| Jairo Villanueva Puna | Médico | 254-38-16 |
| Alvaro Carrillo | Médico | 256-75-67 |
| Carlos Solano Castro | Ingeniero Industrial | 235-78-93 |

LA SOLICITUD DEBE LLENARSE EN SU TOTALIDAD. CUALQUIER OMISION O INEXACTITUD SERA CAUSA DE LA SUSPENSION DE LOS TRAMITES.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Sibylle Gómez

MATRICULA
PROFESIONAL No. S - 870083

LOS ESPACIOS SIGUIENTES SON PARA USO INTERNO DEL MUNICIPIO DE MEDELLIN

V. CONCEPTO PREVIO DEPENDENCIA INTERESADA.

EL SOLICITANTE HA SIDO SOMETIDO A PRUEBA DE CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS EN: *Enfermería*

RESULTADOS

óptimas según docentes los adjuntos.

ES APTO. PARA EL CARGO DE

Auxiliar de Enfermería.

FECHA

Abri 4/88.

FIRMA

Luis Alfonso Clavijo

VI. VERIFICACION DE REFERENCIAS.

LABORALES.

1. Recibida certificación de la Unidad de recepción y Pro
2. Fección al adulto como auxiliar de enfermería en la
3. modalidad de contrato. Se recomienda ampliar.

OBSERVACIONES

PERSONALES.

1. El Dr. Jaime O. Gómez Jara la recomienda aceptable.
- 2.
- 3.

OBSERVACIONES

VII. PRUEBAS EN EL DEPTO DE BIENESTAR LABORAL. 42

SICOLOGICAS Predominio de la verdadera introversión.

DE APTITUDES GENERALES

DE CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS

ENTREVISTA Sólo saliente desempeño en la entrevista, buenas habilidades sociales y manejo deiedad en situación de REQUISITOS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SEGUN EVALUACION DE OFICIOS Turismo.

CURVA 5-A.

GRADO DE ESTUDIOS

3

GRADO DE EXPERIENCIA

2

OTROS REQUISITOS

EL SOLICITANTE NO

X

SI

CUMPLE LOS REQUISITOS DEL ACUERDO N°

Decreto No. 89

DE 1987

OBSERVACIONES

FECHA 22 de abril de 1.988.

MUNICIPIO DE MEDELLIN

Depto. de Bienestar Laboral

Lily Marlene Rodriguez R.

TECNICO EN SELECCION Y ENGANCHE

JEFE DEPARTAMENTO

VIII. VERIFICACIONES EN LOS DEPTOS. DE PERSONAL Y ARCHIVO.

EL SOLICITANTE NO SSSS SI ESTUVO VINCULADO AL MUNICIPIO DE MEDELLIN DURANTE EL (LOS SIGUIENTE(S) PERIODO(S)):

PERSONAL

| PERSONAL | DESDE | | | HASTA | | | DESDE | | | HASTA | | | CODIGO TRABAJADOR |
|----------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|
| | DIA | MES | AÑO | |
| ARCHIVO | DIA | MES | AÑO | |

MANIFIESTA HABER TRABAJADO EN UN CONTRATO DE ESTABELESTAR SOCIAL

OBSERVACIONES

Jefe de Archivo y Admón de Documentos

Medellin, 5 de abril de 1988
FIRMA (DEPTO. DE PERSONAL)JAIME LONDOKO BETANUR
Jefe Departamento de Archivo
FIRMA (DEPTO. ARCHIVO)

IX. VO. BO. DE RELACIONES LABORALES.

VO. BO. U OBSERVACIONES

FECHA

Abril 25/88.

DIVISION DE RELACIONES LABORALES
DIRECTOR
MUNICIPIO DE MEDELLIN

X. APROBACION DE LA SECRETARIA O DEPTO. ADMINISTRATIVO.

EL SOLICITANTE HA SIDO ELEGIDO PARA EL CARGO DE Auxiliar de Enfermeria en la Unidad de Atencion a la Tercera Edad y al Anciano

FECHA Abril 19/88

FIRMA Luis Alfonso Diazquez



La República de Colombia
y en su nombre
Colegio Santa María del Rosario

Medellín
Religiosas Dominicas

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
Según Resolución No. 1005 del 22 de Febrero de 1.974

Confiere a:

Lidia Isabel Segundo Solano

Identificada con C.E. No. 42'091.665 de Fingido (Art)

El Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Belen Sierra

Rector(a)

Rodríguez López

Secretario(a)

Corpo MATERIAZIO DIRECCIÓN DEL
CICLO DE EDUCACIÓN MEDIA
EN EL CICLO DE EDUCACIÓN MEDIA
CAMPAMENTO ALTO DE LOS

Expedido en Medellín, a 29 de Noviembre, de 1.985 26.11.1985

MOTARIA 10 DE MEDELLÍN

Anotado al Folio 205 del Libro de Registro No. 1180 1985

por Secretario(a) de Educación

J. Gómez

Dado en Medellín, a 1 de agosto de 1.985

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
REGIONAL ANTIOQUIA - CHOCÓ

EL JEFE DE REGISTRO Y CERTIFICACION

HACE CONSTAR:

Que en el Auditorio del SENA Regional Antioquia-Chocó,
el día 17.07.87

Se otorgó en acto de clausura el CERTIFICADO DE APTITUD
PROFESIONAL a los alumnos que aprobaron el curso de
AUXILIAR DE ENFERMERIA en este año.

Certificados de conformidad a la Resolución número 3881 de
junio de 1974, emanada del Ministerio de Educación Nacional,
la cual legaliza los estudios de Auxiliar de Enfermería
para esta Institución desde el año de 1964.

En la lista de los graduados se incluye a:
LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

Con Cédula de Ciudadanía 42.891.665

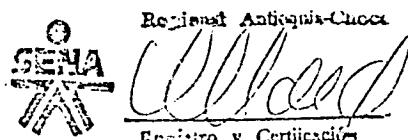
Se expide en Medellín, 17.07.87

A solicitud del interesado

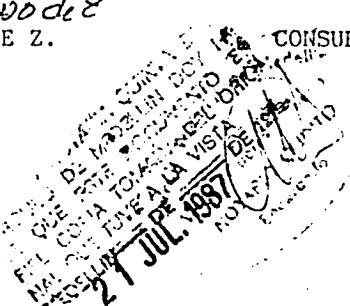
Claudia Restrepo de Z.
CLAUDIA RESTREPO DE Z.

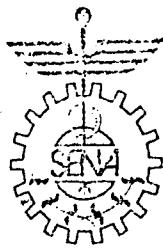
Regional Antioquia-Chocó

Registro y Certificación



CONSUELO GUTIERREZ DE Q.





República de Colombia
El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"
Certifica
La Aptitud Profesional de:

LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

C.C. 42.891.665

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Áreas aprobadas

Modo de Formación: APRENDIZAJE

Medellín

Sufragente Regional

COMO NOTARIA QUINTA DEL
ESTADO DE MEDELLIN DOY FE
QUE ESTE DOCUMENTO ES
VERDADERAMENTE TOMADA DEL ORIGI-
NAL QUE TUVE A LA VISTA
MEDELLIN 21 DE JULIO DE 1987



Residente Antioquia-Chocó
Villavicencio
Registro y Certificación

Secretario

Centro de Formación

Medellín, 17.07.87

Ciudad q' Fed.

S-870083

Registro N°



Servicio Nacional de Aprendizaje

CONSTANCIA DE ESTUDIOS

REGIONAL:

ANTIOQUIA CHOCO

LA OFICINA DE REGISTRO Y CERTIFICACION HACE CONSTAR

Que LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO,
Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 42.891.665 de Envigado,
Antioquia, realizó y aprobó en el Centro de Servicios a la Salud, el curso
Auxiliar de Enfermería, modo de formación Aprendizaje, con una duración
de *1.760* horas.

Obtuvo Certificado de Aptitud Profesional, según registro S-870083 del 17
de julio de 1987.

Medellín, julio 19 de 1993

Regional Antioquia Choco
Registro e Certificado
DIEGO IVAN CASTAÑO GONZALEZ



TECNOLOGICO DE ANTIOQUIA

ACUERDO N° 017 DEL DIA 26 DE SEPTIEMBRE del
Gobierno de Nación, en su Poder
de acuerdo al procedimiento de cada leye
contemplado al efecto.

LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

26 OCT. 1993

Con cédula de ciudadanía No. 42.891.665 - MATRICA 19 DE MEDELLIN
Expedida en Envigado

Asistió al Curso "Humanización y Sensibilización de personas que manejan viejos"

Realizado en Medellín del 30 de sept. al 10. de nov. de 19 91

Con una intensidad de 50 horas

Helen Estrella M.

Patricia Elena Ramírez Q.

Dra. M. J. M.



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

SOLO fotocopia

RESOLUCION NRO. 0417

Agosto 12 de 1992

Por la cual se registra un CERTIFICADO en profesiones afines a la salud y se inscribe a una persona.

EL JEFE DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA, en uso de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas por el literal d del artículo 7º del Decreto Ley 056 de 1975.

CONSIDERANDO :

1. Que el Ministerio de Salud, por medio de la Resolución Nro. 02085 del 7 de febrero de 1989, delegó en los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud la función de inscripción y registro en territorio asignando a cada uno de ellos, los títulos de profesionales afines de la salud.
2. Que LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO con cédula de ciudadanía Nro. 42 891 665 de Envigado solicitó el registro del CERTIFICADO otorgado por El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA", el día 17 de Julio de 1987

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO : Inscribir a LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO con cédula de ciudadanía Nro. 42 891 665 de Envigado como AUXILIAR DE ENFERMERIA.

ARTICULO SEGUNDO : Registrar el certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, otorgado por El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA" a LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO 42 891 665 de Envigado con cédula de ciudadanía Nro. 3357a

ARTICULO TERCERO : Ordenar la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial a costo del interesado.

ARTICULO CUARTO : Notifíquese personalmente al interesado el contenido de la presente Resolución, indicándole que contra ella sólo procede el Recurso de Reposición en los términos del Decreto 01 de 1984.

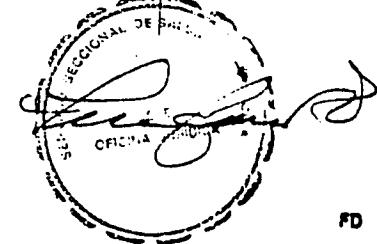
CUMPLASE :

Dada en Medellín, a los Doce días del mes de Agosto de 1992.

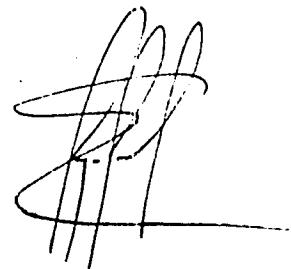
LUIS CARLOS OCHOA OCHOA
JEFE SERVICIO SECCIONAL DE SALUD



RUBEN DARIO GOMEZ ARTIAS
COORDINADOR TECNICO



nvv.
15.08.90



FD 9-1630

DEPARTAMENTO MEDICO Y ODONTOLOGICO
Sección Salud Ocupacional

Medellín, ABRIL 14 de 1988 de 1987
El señor: LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO es
apto para desempeñar el cargo para el cual ha sido nombrado.

Porcentaje de capacidad laboral: 95%

IVAN DARIO MONTOYA BRAVO
Médico Sección Salud Ocupacional

Dr. Francisco J. Cardona C.
MEDICO U. DE A.

Registro 2107

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

13 AGO. 1980

LUGAR Y FECHA

CERTIFICADO N°.

7027

NOMBRE LIBIA I. SERRANO

ENTIDAD EMPLEADORA IMP. DE MED.

LUGAR DONDE SE PRACTICA EL EXAMEN MED.

DE ACUERDO CON EL EXAMEN PRACTICADO POR EL MEDICO DE LA ENTIDAD -
EMPLEADORA, EL RENUNCIANTE AL EXAMEN DE ADMISION PRESENTA:

HALUX VALGUS INCIPIENTE. PROGNATISMO. VÁRICES

INCIPIENTES HS IS. HIRSUTISMO. HEMATURIA MEDICO-
COSICA.

AUTORIZASE LA RENUNCIA DE PRESTACIONES SOCIALES Y SE CLASIFICA EN:

ORDINAL

A

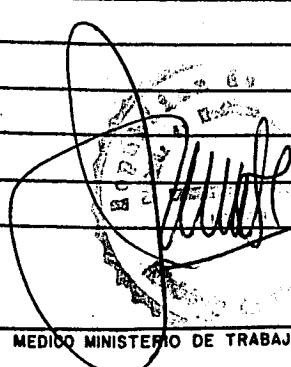
B

ARTICULO 341 C.S.T.

GRUPO

DECRETO 2615/46 ARTICULO 1º

OBSERVACIONES:



RENUNCIO DE CONFORMIDAD,

Libia Isabel Serrano S.

FIRMA DEL RENUNCIANTE

C. DE C. 42.891.665 Env. (Ant.)

CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA

COLECTIVO OBLIGATORIO

FICHO

DEPARTAMENTO
DE PERSONAL

EL MUNICIPIO DE MEDELLIN, legalmente autorizado por las leyes: 133 de 1931 y 6a. de 1945, y por los Acuerdos: 33 de 1939, 77 de 1939 y 33 de 1943, pagará a la muerte del (a) trabajador (a). SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL de conformidad con las Leyes y Acuerdos vigentes sobre el Seguro Colectivo Obligatorio, a las personas que instituye como beneficiarias, la cantidad de dinero que les pueda corresponder según la liquidación que hará el Departamento de Personal.

El asegurado dispone que en caso de muerte dentro de la vigencia del Seguro de Vida, se reconozca y pague su valor según la siguiente distribución que hace:

BENEFICIARIOS

A TERESA SOLANO DE SERRANO

DIRECCION E IDENTIFICACION

Madre _____ la cuota de _____ o/o
A _____ la cuota de _____ o/o

TOTAL 100%

El valor de este seguro no podrá ser negociado, cedido o traspasado a ningún título, salvo expresa disposición legal en contrario.

El Municipio mantendrá asegurados a sus trabajadores hasta tres (3) meses después de la separación, cuando tal separación haya sido motivada por enfermedad o por accidente. Si la separación es voluntaria, de manera directa o indirecta por parte del trabajador, cesará la obligación del seguro desde el día del retiro del trabajador. (Art. 20 del Acuerdo 77 de 1939).

Si la desvinculación o separación del asegurado es motivada por enfermedad profesional, obligará el seguro hasta seis (6) meses después de retiro (Art. 5o. Ley 133 de 1931).

En caso de muerte por accidente de trabajo se pagará a los beneficiarios respectivos una indemnización igual al valor de un seguro de vida doblado. Art. 11 Ley 64 de 1964).

Se deberá exigir al asegurado que designe por escrito y ante testigos la persona o personas a quienes haya de pagarse el seguro y la proporción en que deba ser pagado. Si no se instituye beneficiarios, los herederos del asegurado tendrán derecho al seguro, previo aviso público. Cuando estén designados como beneficiarios la mujer o los hijos, no podrán cambiarse éstos, a menos que aquella haya dado lugar al divorcio o éstos se encuentren en algunos de los casos previstos en el Artículo 1266 del Código Civil (Art. 1o. 2o. y 4o. de la Ley 133 de 1931).

En todo cambio de beneficiarios se hará nueva póliza.

Cuando el asegurado instituye beneficiarios a su esposa e hijos legítimos, la Ley prohíbe sustituirlos en este derecho.

MUNICIPIO DE MEDELLIN
Departamento de Personal

Jefe Depto de Personal

Testigo

Medellín, 26 de abril/88 de 1988

Gloria Isabel Serrano S
Asegurado

Testigo

Expedido en dos ejemplares, de los cuales uno se entrega al asegurado y el otro se retiene en el Departamento de Personal.

| | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| | MUNICIPIO DE MEDELLIN CONTRALORIA GENERAL CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO | No. 038311 |
|--|----------------------------------------------------------------------------|---------------|

EL SUSCRITO AUXILIAR DE PAZ Y SALVOS

CERTIFICA

QUE LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

CON C.C. O NIT No. 42.891.665. DE ENVIGADO.

ESTA A PAZ Y SALVO CON EL MUNICIPIO DE MEDELLIN

VALIDO PARA:

POSSEZON.

CONTRALORIA

General de Medellin

AUXILIAR DE PAZ Y SALVOS

EXPEDIDO EL

DIA 7 MES 4 AÑO 88

VALIDO HASTA

DIA 19 MES 5 AÑO 88

33150

DC-001

INFORME DE NOVEDADES DE PERSONAL

TIPO A

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

| TIPO DE NOVEDAD | | MOTIVO DE DESEMPLEO | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> | 2. REINGRESO <input type="checkbox"/> | 1. RENUNCIA <input type="checkbox"/> | 6. JUBILACION <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> INTERINO | <input type="checkbox"/> INTERINO | <input type="checkbox"/> TERMIN. CONTRATO <input type="checkbox"/> | 7. INVALIDEZ <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> PROPIEDAD | <input type="checkbox"/> PROPIEDAD | 3. INSUBSTANTE <input type="checkbox"/> | 8. INCAPACIDAD (MAS DE 180 DIAS) <input type="checkbox"/> |
| 3. ENCARGADO <input type="checkbox"/> | 4. CAMBIO <input type="checkbox"/> | 4. DESTITUCION <input type="checkbox"/> | 9. TERM. INTERINO <input type="checkbox"/> |
| 5. DESEMPLEO <input type="checkbox"/> | | 5. DEFUNCION <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------|-----|--------------------------|------|
| APELLIDOS | | NOMBRES COMPLETOS | | | | | |
| CARGO A DESEMPENAR | | SECRETARIA BIENESTAR SOCIAL | | | | | |
| DIVISION | | DEPARTAMENTO | | | | | |
| SECCION | | ASISTENCIA Y REHABILITACION | | | | | |
| UNIDAD ATENCION A LA TERCERA EDAD Y AL | | FONDO ANCIANO | | | | | |
| CAUSA Y FECHA DE LA NOVEDAD | | NOMBRADA POR DECRETO NO. 139 DE MARZO 24 DE 1988, REEMPLAZO DEL LA SEÑORA LIGIA DEL S. HENAO QUIEN FUE DESVINCULADA | | | | | |
| POR PENSION DE INVALIDEZ | | | | | | | |
| A PARTIR DEL | | HASTA EL | | TIEMPO TOTAL | | ELABORADO POR | |
| DIA | MES | ANO | DIA | MES | ANO | | DIAS |
| 26 | 04 | 88 | | | | | |
| RELACIONES DE RELACIONES | | DEPENDENCIA | | MUNICIPIO DE MEDELLIN | | DEPARTAMENTO DE PERSONAL | |
| RELACIONES LABORALES | | DEPENDENCIA | | MUNICIPIO DE MEDELLIN | | DEPARTAMENTO DE PERSONAL | |

DATOS PARA DILIGENCIAR EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

| | | | | | | |
|--------------------|--------|----------|------------------------|---------------------|----------------|----------------------|
| FECHA DE NACIM. | SEXO | C.C. No. | DE: | Emigrado | | |
| DIA | MES | ANO | M/F | LIBRETA MILITAR No. | CLASE | DISTRITO |
| 16 | 09 | 66 | X | | | |
| ESTADO CIVIL | | | NOMBRE DEL CONYUGE | | | No. PERSONAS A CARGO |
| Soltero | Casado | Viudo | | | | RECIBE |
| | | | | | | NO RECIBE NI CEDE |
| FILIACION POLITICA | | | CODIGO DE DEPENDENCIA: | CODIGO OFICIO: | FACTOR HORA \$ | SALARIO MES \$ |
| Liberal | | | 0020303002 | 29303 | 258.50 | 62.902 |
| | | | | | | |
| CONTRATO No. | | | DECRETO No. | RESOLUCION No. | ACTA No. | |
| 344 | | | | | | |

ELABORO

INFORMO

26-4/88
FECHA RECIBO - PERSONAL

REVISOR (DEPTO. PERSONAL)

AUDITORIA

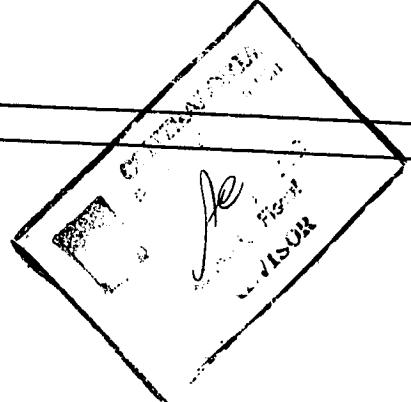
1. LIQUIDACION VACACIONES - DEPTO. DE PERSONAL

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Vacaciones a partir del | <u>Mayo 22</u> | al | <u>Junio 13</u> | |
| Factor Hora x 35% \$ | | | | |
| Vacaciones <u>23</u> Días x <u>8</u> Horas = <u>184</u> XF.H <u>340.481</u> \$ <u>62.648.50</u> | | | | |
| Prima de Vacaciones <u>20</u> Días x <u>8</u> Horas = <u>160</u> XF.H <u>340.481</u> \$ <u>54.496.96</u> | | | | |
| Acumulado ord. noct. (Año Anterior) (365 Días) | x | No. días transcurridos | \$ | |
| Acumulado Ordinario Nocturno (Año Actual) | | | \$ | |
| Total \$ | x | Horas Vacaciones | \$ | |
| | | | Sobre remuneración por Vacaciones | \$ |
| Horas Año | | | | |
| El Liquidador: | <u>Jy U.</u> | Revisor (Personal) | <u>R.</u> | Fecha: <u>Mayo 10/89</u> |

2. CONTROL LICENCIAS

alif 26/88 - alif 25/89

3. CONTROL SUSPENSION



4. OBSERVACIONES



MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
impuestos nacionales

Franky
Mayo 30 30/69

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIÓNES

Año Gravable 1988

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|----|----|----|-----------------------|-----------------------------------------|
| DATOS DEL RETENEDOR | PERIODO DE LA CERTIFICACION | | | FECHA EXPEDICION | LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION | | | | | | | | |
| | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | | | | | | | |
| | DE | 01 | 01 | 88 | A | 31 | 12 | 88 | 09 | 03 | 89 | | |
| | APPELLIDOS Y NOMBRES DEL ASALARIADO | | | | | | | | | | | No. DE IDENTIFICACION | |
| | SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | | | | | | | | | | | 42891665 | A C <input checked="" type="checkbox"/> |
| | APPELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL COMPLETA DEL RETENEDOR | | | | | | | | | | | No. DE IDENTIFICACION | |
| | MUNICIPIO DE MEDELLIN | | | | | | | | | | | 890.905211-1 | A C <input checked="" type="checkbox"/> |
| | DIRECCION | | | | | | | | | | | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
| | CALLE 44 NRO 52 165 C A M | | | | | | | | | | | MEDELLIN | ANTIOQUIA |
| | RELACIONE LOS NOMBRES DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA, CUYOS MONTOS DE RETENCION SE CONSOLIDAN EN ESTE FORMATO. | | | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | | | | | | NO GRAVADOS | GRAVADOS | | | | | | |
| SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES | | | | | | | 727.444,98 | | | | | | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | | | | | | | | | | | | | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | | | | | | | | | | | | | |
| PENSIONES DE JUBILACION, VEJEZ O INVALIDEZ | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS INGRESOS | | | | | | INCAPACIDADES | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | 727.444,98 | | | | | | |
| VALOR DE LA RETENCION | | | | | | | 0,00 | | | | | | |
| NOMBRES Y APPELLIDOS COMPLETOS DEL PAGADOR O RETENEDOR | | | | | | <i>MUNICIPIO DE MEDELLIN JEFES SECCION DE RETENCIONES Esstell.</i> | | | | | | | |
| ELSY SIERRA PIEDRAHITA | | | | | | | | | | | | | |
| C.C. 6 NIT. No. 21.354.244 DE MEDELLIN | | | | | | FIRMA Y SELLO | | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------|----------------|
| DATOS A CARGO DEL ASALARIADO | CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | | VALOR RECIBIDO | VALOR RETENIDO |
| | ARRENDAMIENTOS | | | |
| | HONORARIOS | | | |
| | DIVIDENDOS | | | |
| | RENDIMIENTOS FINANCIEROS | | | |
| | ENAJENACION DE ACTIVOS FIJOS | | | |
| | LOTERIAS, RIFAS, APUESTAS Y SIMILARES | | | |
| | COMISIONES Y SERVICIOS | | | |
| | OTROS | | | |
| | TOTAL | | | |
| TIPO E IDENTIFICACION DE LOS BIENES POSEIDOS | | | VALOR PATRIMONIAL | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DEUDAS VIGENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 1988 | | | \$ | |
| IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS LEGALMENTE A CARGO | | | | |
| C.C. 6 NIT. | NOMBRES Y APELLIDOS | | PARENTESCO | |
| 05# 27953 088 | Teresita Serrano Vida de Serrano | | Madre | |
| 71# 740423 07894 | Monica Patricia Serrano Sotano | | Hija | |
| 1# 751210 - 10038 | Teresita Serrano Sotano | | Hija | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| CERTIFICO QUE DURANTE EL AÑO GRAVABLE 1988 | | C.C. 6 NIT. <i>Heila Isela Serrano S.</i> No. 42891665 Env (Ani) |
| 1) Por lo menos el 80% de mis ingresos brutos ordinarios provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria. 2) Mi patrimonio bruto era igual o inferior a ocho millones setecientos mil pesos (\$ 8.700.000), el 31 de Diciembre de 1988. 3) No fui responsable del Impuesto sobre las ventas. 4) Mis ingresos brutos ordinarios fueron iguales o inferiores a cinco millones ochocientos mil pesos (\$ 5.800.000). Por lo tanto, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementario por dicho año gravable. | | |
| DEP 27-X-88/RB. | NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de renta y complementarios, para los asalariados que lo firman bajo la gravedad del juramento. | MH-1660/88 |



MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Impuestos nacionales

CERTIFICADO DE INGRESOS
Y RETENCIONES
AÑO GRAVABLE 1989

No. 2381

| PERIODO DE LA CERTIFICACION | | | FECHA EXPEDICION | | | LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------------------|-----|--------|--------------------------------------|-----|------|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| DE 01 | JUL 89 | A 31 | JUL 89 | 26 | AGO 90 | MEDELLIN | | DEP. |
| 0020303002 | | | | | | | | |
| APPELLIDOS Y NOMBRES DEL ASALARIADO | | | | | | | | |
| SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | | | | | | | | |
| APPELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL COMPLETA DEL RETENEDOR | | | | | | | | |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN | | | | | | | | |
| DIRECCION | | | | | | | | |
| CALLE 44 NRO 52 165 CAM | | | MUNICIPIO | | | DEPARTAMENTO | | |
| MEDELLIN | | | | | | ANTIOQUIA | | |
| RELACIONE LOS NOMBRES DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA, CUYOS MONTOS DE RETENCION SE CONSOLIDAN EN ESTE FORMATO: | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | | | | | | | | |
| NO GRAVADOS | | | | | | | | |
| GRAVADOS | | | | | | | | |
| SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES | | | | | | | | |
| 1.496.113,47 | | | | | | | | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | | | | | | | | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | | | | | | | | |
| PENSIONES DE JUBILACION, VEJEZ O INVALIDEZ | | | | | | | | |
| OTROS INGRESOS INCAPACIDADES | | | | | | | | |
| TOTAL 1.496.113,47 | | | | | | | | |
| VALOR DE LA RETENCION 0,00 | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PAGADOR O RETENEDOR | | | | | | | | |
| MARTA CECILIA CORREA MESA | | | | | | | | |
| FIRMA Y SELLO | | | | | | | | |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN | | | | | | | | |
| TESORERIA DE RENTAS JEFE SECCION PAGOS | | | | | | | | |

| CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | | VALOR RECIBIDO | VALOR RETENIDO |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------|
| ARRENDAMIENTOS | | | |
| HONORARIOS | | | |
| DIVIDENDOS | | | |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS | | | |
| ENAJENACION DE ACTIVOS FIJOS | | | |
| LOTERIAS, RIFAS, APUESTAS Y SIMILARES | | | |
| COMISIONES Y SERVICIOS | | | |
| OTROS | | | |
| TOTAL | | | |
| TIPO E IDENTIFICACION DE LOS BIENES POSEIDOS | | VALOR PATRIMONIAL | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DEUDAS VIGENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 1989 | | | |
| IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS LEGALMENTE A CARGO | | | |
| C.C. o NIT | NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | |
| 751270-10038 | Marta Cecilia Correa Mesa | Madre Hermana | |
| FIRMA | FIRMA | | |
| 0832408 | 42.871.665 En (100) | | |

CERTIFICO QUE DURANTE EL AÑO GRAVABLE 1989

- 1) Por lo menos el 80% de mis ingresos brutos ordinarios provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria.
 - 2) Mi patrimonio bruto era igual o inferior a once millones cien mil pesos (\$ 11.100.000), el 31 de Diciembre de 1989.
 - 3) No fui responsable del impuesto sobre las ventas.
 - 4) Mis ingresos brutos ordinarios fueron iguales e inferiores a siete millones cuatrocientos mil pesos (\$ 7.400.000).
- Por lo tanto, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios.

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firman bajo la gravedad del juramento.

minerval

10-94 CFS © por LEGIS

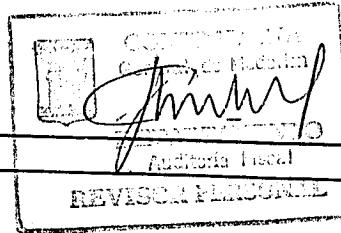
DEP 27-X-88/RB. MH-1660/88

1. LIQUIDACION VACACIONES - DEPTO. DE PERSONAL

| | | | |
|-------------------------------------------|----------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Vacaciones a partir del | <u>14 Mayo</u> | al | <u>4 Junio 1990</u> |
| Factor Hora x 35% | \$ | | |
| Vacaciones | <u>22</u> | Días x | <u>8</u> Horas = <u>176</u> XF.H <u>432.410</u> , \$ <u>76.104.16.</u> |
| Prima de Vacaciones | <u>20</u> | Días x | <u>8</u> Horas = <u>160</u> XF.H <u>432.410</u> , \$ <u>69.185.60.</u> |
| Acumulado ord. noct. (Año Anterior) | x | No. días transcurridos | \$ |
| Acumulado Ordinario Nocturno (Año Actual) | | \$ | |
| Total | \$ | | |
| Total \$ | x | Horas Vacaciones | Sobre remuneración por Vacaciones \$ |
| El Liquidador: | <u>JM</u> | Horas Año | <u>JM</u> |
| Revisor (Personal) | | | Fecha: <u>24-04-90</u> |

2. CONTROL LICENCIAS

M.; al 26/89 / exil 25/90



3. CONTROL SUSPENSION

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

4. OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |



42.891.665

SECRETARIA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL
RESOLUCION No. 83 DE 1.9 91

pto Mayo 18

POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UN ANTICIPO DE CESANTIAS, Y SE ORDENA SU PAGO

Medellín, FEBRERO 16 DE 1.991

El (la) Señor (a): SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL
solicita al Despacho anticipo de cesantías PARA COMPRA DE UN (a)
y aportó los siguientes requisitos:

EMPLEADO PUBLICO
APARTAMENTO

1.- CONTRATO DE PROMESA DE COMPROVANTA, donde

MARTA TABARES DE SERNA
promete vender al Señor (a): SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL
un (a) APARTAMENTO (a) en: EDIFICIO LOS BALCONES
por valor de \$ (4,600,000.00)

2.- RATIFICACION DE LA PROMESA DE COMPROVANTA ante:

NOTARIA PRIMERA

3.- CERTIFICADO DE LIBERTAD, en donde aparece (n) como dueño (s) del inmueble el (los) Señor (es):

MARTA TABARES DE SERNA

4.- CERTIFICADO DE CATASTRO donde consta que el solicitante no posee bienes muebles.

El peticionario presta sus servicios al MUNICIPIO DE MEDELLIN con el cargo de

AUXILIAR DE ENFERMERIA BIENEST. SOCIAL y con un sueldo mensual de
\$ 108,609.84 con 1,013 días contados del 26/04/88 18/02/91
se descuentan 00 días de faltas.

Se encuentran reunidos y a cabalidad los requisitos exigidos por el DECRETO NACIONAL 2755 de 1.966 para proceder al reconocimiento y pago de la prestación solicitada conforme a la siguiente liquidación.

| ASIGNACION BASE | \$ | 108,609.84 | TIEMPO LABORADO | 1,013 DIAS ✓ |
|---------------------------|----|--------------|-----------------|--------------|
| VALOR CESANTIAS (total) | \$ | 305,616.02 ✓ | | |
| ANTICIPOS ANTERIORES | \$ | 0.00 | | |
| VALOR CESANTIAS (neto) | \$ | 305,616.02 ✓ | | |
| VALOR EFECTIVO | \$ | 305,616.02 ✓ | | |

En consecuencia el Departamento de Personal del Municipio de Medellín,

RESUELVE

Reconocer al Señor (a): SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL
con cédula de ciudadanía No. 42891665 el derecho al pago parcial de cesantías, conforme a lo expuesto
anteriormente, por la suma de \$ (305,616.02)

TRESCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS CON 02/100 ML.

El reconocimiento anterior se hace con cargo en el presupuesto de FONDOS COMUNES.

El cheque será girado a favor de: MARTA TABARES DE SERNA

El fraude en la inversión de las cesantías que se anticipan constituye causal de mala conducta que ocasiona la pérdida del empleo de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 82/59 en su parágrafo 2o. Artículo 3o.

Proceden contra la presente Resolución dentro del término legal los recursos de reposición y apelación
NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

JEFE DEPARTAMENTO DE PERSONAL

MUNICIPIO DE MEDELLIN
Departamento de Personal
J E F E

JEFE SECCION ADMINISTRATIVA

SA-774901

NOTIFIQUE la providencia anterior, feb
de 20 de 1991 al Sr. Ricardo Jaramillo,
haciéndole saber que contra ella proceden los
recursos de reposición y oposición por escrito,
dentro de los cinco días hábiles siguientes al de
la notificación. - Enterado, firma manifestando
Ricardo Jaramillo

Jefe Sección Admva.



06 MAR. 1991

NOTIFIQUE la providencia anterior, feb
de 1991 al Sr. Ricardo Jaramillo,
haciéndole saber que contra ella proceden los
recursos de reposición y oposición por escrito,
dentro de los cinco días hábiles siguientes al de
la notificación. - Enterado, firma manifestando
Ricardo Jaramillo Solano
Dpto # 42-891-665 Env. (Ant)
Ricardo Jaramillo Solano

Jefe Sección Admva.

CONTRACTO DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO DE PERSONAL

LMedellín ... Marcos ... de ... 7/91 ... de
número de contrato ...
Censo, cuando se suscribió el contrato, las
partes no habían cumplido con el término
víctimo legal ya que la fecha de contratación
es Nro. 83

... feb 18/91 ...
El Jefe de Personal, ... / Marcos ...
El Jefe de la Sección Admva. ... / Marcos ...
MUNICIPIO DE MEDELLÍN
Departamento de Personal

DECLARACIONES BAJO JURAMENTO CON
FIJES EXTRAPROCESALES

ACTA N°. 1119

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, años cuatro (4) días del mes de febrero de mil novecientos noventa y uno (1991) ante mí, JESUS IVAN GALLEGO CATAÑO, Notario Primero Encargado del Círculo de Medellín, compareció ALVARO DE JESUS ESCOBAR, varón, mayor de edad, de nacionalidad Colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía número 8.314.604 de Medellín, domiciliado y residenciado en Medellín en la CRA 45 APTO.307 Tel. 2-33-00-56 de estado civil SOLTERO de profesión COMERCIANTE y de 40 y MARTHA TABARES VDA DE SERNA mujer , mayor de edad, de nacionalidad Colombiana, identificada con la cédula de ciudadanía número 32.429.827 de Medellín, domiciliada y residenciada en Medellín en la CRA 45 APTO.307 Tel. 2-33-00-56 de estado civil CASADA de profesión AUX DE ENFERMERIA y de 44 años de edad y -----

Quienes en pleno uso de sus facultades físicas y mentales manifiestan bajo la gravedad de juramento y de conformidad con el decreto 1557 del 14 de julio de 1989, lo siguiente:-----

PRIMERO:-Declaran que la presente es con el fin de tramitar liquidación de Cesantías para compra de vivienda-----

SEGUNDO: Declaran que conocen a la solicitante LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, identificada con la cédula de ciudadanía número 42.891.665 de Envigado, domiciliada y residenciada en Medellín en la calle 30A N°60A-28 Tel. 2-38-44-66 de estado civil SOLTERA de profesión AUX DE ENFERMERIA y de 24 años, hace cinco (5) años en calidad de amigos y vecinos de este municipio en forma directa y personal --

TERCERO: Declaran que la señora LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO en estos momentos esta haciendo los trámites para la compra de un apartamento cuya dirección es CRA 45 N°44-114-Apto 305-y tal acuerdaron la hacen por que conocen la PROMESA DE COMPRAVENTA de fecha 26 de diciembre de 1990---

CUARTO no siendo otro el objeto de la presente diligencia se firma por los declarantes y el interesado conmigo el notario que de todo lo expuesto doy fe para constancia se firma en dos ejemplares, la primera con destino al interesado y la segunda a archivarse en el libro de actas

Alvaro de Jesus Escobar

ALVARO DE JESUS ESCOBAR
C.C 8314604 M.M.d.H.m.

Martha Tabares

MARTHA TABARES VDA DE SERNA
C.C 32429827 Ibed.

INICIO
DE
DELLIN

LIQUIDACION DE VACACIONES

30/07/91

124

1
2
3 CEDULA 42.891.665
4

5 NOMBRE SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL
6

7 DEPENDEN. 0020303002 UNIDAD DE ATENCION A LA TERCERA EDAD Y A
8

9 SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL
10

11 BASIC HORAS 538,350 CATEGORIA 1 JORNADA 112
12

13 FECHA INGRESO 260488 FALTAS A LA FECHA

14 PERIOD DEL 26 al 90 AL 25 al 91
15 DIA MES A.O DIA MES A.O
16

21 LIQUIDACION

25 DEL 05 agosto . 91 AL 27 agosto . 91
26 DIA MES A.O DIA MES A.O
27

29 HORAS EN VACACIONES 184

30 VALOR VACACIONES 99.056,40

31 VALOR PRIMA VAC. 86.136,00

32 VALOR SOBREREMUNERACION 32.808,44

33 VALOR ADICION VACACIONES

34 VALOR VACACIONES EN DINERO

35 CANCELADO EN EL PAGO 30

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

10 Mayo 1992

Unidad
Administrativa
Especial



Dirección de
Impuestos
Nacionales

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES

AÑO GRAVABLE 1991 2577

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| PERIODO DE LA CERTIFICACION DIA MES AÑO | DIA MES AÑO | FECHA DE EXPEDI. DIA MES AÑO | LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION | |
| DE 01 01 91 A 31 12 91 | 11 03 92 | MEDELLIN | DEP. 0020303002 | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASALARIADO SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | | | No. IDENTIFICACION 42891665 | A C X |
| APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL COMPLETA DEL RETENEDOR MUNICIPIO DE MEDELLIN | | | No. IDENTIFICACION 890.905.211-1 | A C X |
| DIRECCION CALLE 44 NRO 52 165 C A M | | | MUNICIPIO MEDELLIN | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA |
| RELACIONE LOS NOMBRES DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA, CUYOS MONTOS DE RETENCION SE CONSOLIDAN EN ESTE FORMATO: | | | | |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | | | NO GRAVADOS | GRAVADOS |
| SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES | | | | 2.892.250,99 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | | | | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | | | | |
| PENSIONES DE JUBILACION, VEJEZ O INVALIDEZ | | | | |
| OTROS INGRESOS INCAPACIDADES | | | 17.227,20 | |
| TOTAL | | | 17.227,20 | 2.892.250,99 |
| VALOR DE LA RETENCION | | | GR | 0,00 |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PAGADOR O RETENEDOR GUILLERMO LEON HOYOS HIGUITA | | | FIRMA Y SELLO | |
| C.C. ó NIT No. 70.108.596 DE MEDELLIN | | | MUNICIPIO DE MEDELLIN TESORERIA DE RENTAS Jefe Sección Pagos | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|
| CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | VALOR RECIBIDO | VALOR RETENIDO |
| ARRENDAMIENTOS | | |
| HONORARIOS | | |
| DIVIDENDOS | | |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS | | |
| ENAJENACION DE ACTIVOS FIJOS | | |
| LOTERIAS, RIFAS, APUESTAS Y SIMILARES | | |
| COMISIONES Y SERVICIOS | | |
| OTROS | | |
| TOTAL | | |
| TIPO E IDENTIFICACION DE LOS BIENES POSEIDOS | | |
| <i>Arriendamiento de Habitacion CII 70 #44-114 Aparto 307</i> | | |
| <i>Cuota mensual \$ 50.000 = \$ 4.000.000 =</i> | | |
| DEUDAS VIGENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 1991 <i>CONAVI \$ 3.500.000 =</i> | | |
| IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS LEGALMENTE A CARGO | | |
| C.C. ó NIT | NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO |
| 279530BB Blmorgo | <i>Libia I. Solano Libia cie Serrano</i> | <i>Madre</i> |
| 740423-07694 | <i>Monica Patricia Serrano Solano</i> | <i>Harmonia</i> |
| 751210-10038 | <i>Tarasita Serrano Solano</i> | <i>Harmonia</i> |

CERTIFICO QUE DURANTE EL AÑO GRAVABLE DE 1991:
 1.Por lo menos el 80 % de mis ingresos brutos ordinarios provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria.
 2.Mi patrimonio bruto era igual o inferior a diecinueve millones quinientos mil pesos (\$19.500.000), a 31 de diciembre de 1991.
 3.No fui responsable del impuesto sobre las ventas.
 4.Mis ingresos brutos ordinarios fueron iguales o inferiores a quince millones seiscientos mil pesos (\$15.600.000).
 Por lo tanto manifiesto bajo la gravidad del juramento que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por dicho año gravable.

Libia I. Serrano S.
FIRMA
C.C. ó NIT No. **42891665 Enu.**
IMPRESO EN SISTEMA LASER 4050

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firman bajo la gravedad del juramento.



MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Impuestos nacionales

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES AÑO GRAVABLE 1990

No. 2397

| PERIODO DE LA PRESENTACION | | | FECHA EXPEDICION | | | LUGAR DONDE SE PRACTICO LA RETENCION | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----|------------------|-----|-----|--------------------------------------------------------------------|----------------|-----|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| DE 01 | 01 | 90 | A 31 | 12 | 90 | 22 | 02 | 91 |
| APPELLIDOS Y NOMBRES DEL ASALARIADO | | | | | | MEDELLIN | | |
| SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | | | | | | DEP. 0020303002 | | |
| APPELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL COMPLETA DEL RETENEDOR | | | | | | No. IDENTIFICACION A C | | |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN | | | | | | 42891665 X | | |
| DIRECCION | | | | | | No. IDENTIFICACION A C | | |
| CALLE 44 NRO 52 165 C A M | | | | | | 890.905.211-1 X | | |
| RELACIONE LOS NOMBRES DE AGENCIAS, SUCURSALES, FILIALES O SUBSIDIARIAS DE LA EMPRESA RETENEDORA, CUYOS MONTOS DE RETENCION SE CONSOLIDAN EN ESTE FORMATO: | | | | | | DEPARTAMENTO | | |
| MEDELLIN | | | | | | ANTIOQUIA | | |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | | | | | | TOTAL | | |
| SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES | | | | | | NO GRAVADOS | | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | | | | | | GRAVADOS | | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | | | | | | 1.890.543,89 | | |
| PENSIONES DE JUBILACION, VEJEZ O INVALIDEZ | | | | | | | | |
| OTROS INGRESOS | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |
| VALOR DE LA RETENCION | | | | | | 1.890.543,89 | | |
| NOMBRES Y APPELLIDOS COMPLETOS DEL PAGADOR O RETENEDOR | | | | | | 0,00 | | |
| GUILLERMO LEON HOYOS HIGUITA | | | | | | FIRMA Y SELLO | | |
| C.C. o NIT No. 70.108.596 DE MEDELLIN | | | | | | MUNICIPIO DE MEDELLIN TESORERIA DE RENTAS Jefe Sección Pagos | | |
| CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | | | | | | VALOR RECIBIDO | VALOR RETENIDO | |
| ARRENDAMIENTOS | | | | | | | | |
| HONORARIOS | | | | | | | | |
| DIVIDENDOS | | | | | | | | |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS | | | | | | | | |
| ENAJENACION DE ACTIVOS FIJOS | | | | | | | | |
| LOTERIAS, RIFAS, APUESTAS Y SIMILARES | | | | | | | | |
| COMISIONES Y SERVICIOS | | | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |
| TIPO E IDENTIFICACION DE LOS BIENES POSEIDOS | | | | | | VALOR PATRIMONIAL | | |
| DEUDAS VIGENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 1990 | | | | | | | | |
| IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS LEGALMENTE A CARGO | | | | | | | | |
| C.C. o NIT | NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | PARENTESCO | | |
| 71#27953.088 | Blanca Táraso S. de Serrano (Viuda) | | | | | Madre | | |
| 71#740423 - 07894 | Medellin Monica, Patricia Serrano S. | | | | | Hermana | | |
| TJ#751210 - 10038 | Medellin Tarasita Serrano S. | | | | | Hermana | | |
| CERTIFICO QUE DURANTE EL AÑO GRAVABLE DE 1990: | | | | | | FIRMA | | |
| 1) Por lo menos el 80% de mis ingresos brutos provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria. | | | | | | | | |
| 2) Mi patrimonio bruto era igual o inferior a quince millones de pesos, (\$ 15.000.000), el 31 de diciembre de 1990. | | | | | | | | |
| 3) No fui responsable del impuesto sobre las ventas. | | | | | | | | |
| 4) Mis ingresos brutos ordinarios fueron iguales o inferiores a doce millones de pesos (\$12.000.000). | | | | | | | | |
| Por lo tanto, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por dicho año gravable. | | | | | | | | |
| | | | | | | C.C. o NIT No. 42.891.665 ENV. (Am) | | |

NUMERO 774169

FIRMA

Impresión

10-94 CFS © por LEGIS

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementarios para los asalariados que lo firmen bajo la gravedad del juramento.

DEP 18.04.90-RB. MH-1660/90



Municipio de Medellín

06 FEB. 1993

5 de Febrero de 1.993

Doctor
ALVARO JIMENEZ MILLAN
Secretario
Bienestar Social

Respetado Doctor :

Muy comedidamente me dirijo a Usted con el fin de solicitarle el favor de concederme licencia no remunerada del 25 de Febrero al 2 de Marzo inclusive, para realizar diligencias personales de carácter urgente.

Actualmente laboro en la Unidad de Atención a la Tercera Edad como Auxiliar de Enfermería.

Agradecida por la colaboración que pueda brindarme, me suscribo de Usted.

Atentamente,

Lilia Isabel Serrano S.
LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO
C.C. # 42'891.665

MUNICIPIO DE MEDELLIN
Secretaría de Bienestar Social
Alvaro Jiménez
Secretario

Voto :

M. SECRETARIA BIENESTAR SOCIAL
Hna. Ana Cecilia Gómez C.
Hna. ANA CECILIA GALEANO C.
Unidad Atención a la Tercera Edad
Y AL DIRECTORA
lilia Isabel Serrano S.

OBED ZULUAGA HENAO
Dept. Asistencia
JEFE
Obed Zuluaga Henao

INFORME DE NOVEDADES DE PERSONAL

42.891.665.

TIPO -B-

OILP

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 10 | 02 | 93 |

1. TIPO DE NOVEDAD *REINTEGRO PUC \$ 2.309,79*

Licencia:
Permiso no Remunerado:

Vacaciones:

Suspensión:

Ausencias al Trabajo:

2. UBICACION LABORAL

Apellidos y Nombres Completos:

LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

Cargo que Desempeña:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Secretaría: BIENESTAR SOCIAL

3. CAUSA Y FECHA DE LA NOVEDAD

Licencia no remunerada por el término de seis (6) días
del 25 de febrero al 2 de marzo de 1993, inclusive.

Según Resolución No. 002 de 1993.

A PARTIR DEL
DIA MES AÑO
25 02 93

*MUNICIPIO DE MEDELLIN
Secretaría de Bienestar Social
Olvaro Juncos*

*DIRECTOR-O-JEFE-DE-DEPENDENCIA
Secretaría*

MUNICIPIO DE MEDELLIN
Departamento de Personal
Hector J. Gómez

JEFE DEPARTAMENTO DE PERSONAL

DORIS O.

ELABORO

4. PARA DILIGENCIAR EN EL DEPTO. DE PERSONAL Y GRABAR EN SISTEMAS

| Tipo de Nov. | NUMERO DE CEDULA | Concep- tos | 13 HORAS SUSPENSION | | 13 HORAS LICENCIAS | | 13 HORAS AUS. AL TRA. | | 13 HORAS VACACIONES | | 13 HORAS PERM. NO REM. | | |
|--------------|------------------|----------------|---------------------|-------------|--------------------|-----|-----------------------|-----------|---------------------|-----------|------------------------|-----------|-----------|
| | | | 008 | 009 | 010 | 031 | 046 | 16 | 19 | 16 | 19 | 16 | 19 |
| 1 | <i>42891665</i> | Horas | | <i>0056</i> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | <i>12</i> | <i>16</i> | <i>19</i> | <i>16</i> | <i>19</i> | <i>16</i> |

Pago No.: *10*

Año: *18 FEB. 1993*

Código de Dependencia: *0070303002*

FECHA DE RECIBO EN PERSONAL

ELABORO

REVISOR (DEPTO. DE PERSONAL)

AUDITORIA

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

854, 30G ✓

LIQUIDACION PRIMAS

Fecha: Abri 23/93

Prestación: Primo Antiguedad por 5 años.

Nombre: Serrano Solano Luisa Isobel Cédula No. 42 891 665

Dependencia: Bienest Social

Ingresó: 26 - 04 - 88 Faltas: 7

Valor prestación \$ 51. 970, 28

Fundamento legal: Decreto 116 de 1981

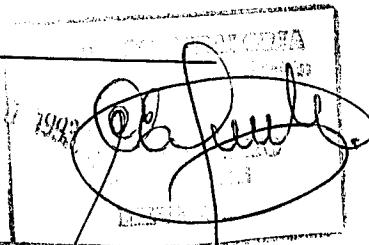
Bruno

Liquidador

W.H.

Revisor

Pago No. 18/93



Mayo 1/93

SA-5142

2661

SECRETARIA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL
FORMATO PARA ACREDITAR REQUISITOS

NO. 1629

FECHA 25/06/93

1. APELLIDOS Y NOMBRE SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL C.C. 42891665
3. NOMBRE DEL CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA CODIGO 29303
4. SECRETARIA SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL
5. DEPENDENCIA UNIDAD DE ATENCION A LA TERCERA EDAD Y AL ANCIANO
6. FECHA ULTIMO CARGO 260488 TIEMPO 61 MESES

LOS SIGUIENTES SON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL USTED ESTA NOMBRADO. SIRVASE ADJUNTAR LOS CERTIFICADOS DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA ACREDITAR DICHOS REQUISITOS.

ESTUDIOS:

BACHILLERATO CLASICO, TECNICO O COMERCIAL Y ACREDITAR FORMACION TECNICA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

EXPERIENCIA:
NO REQUIERE.

ESTUDIOS ACREDITADOS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA SECRETARIA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

| CODIGO | ANOS |
|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

CARGOS ANTERIORES

EN EL MUNICIPIO DE MEDELLIN
(NO SE REQUIERE CERTIFICAR EXPERIENCIA)

EN OTRAS ENTIDADES
(REQUIERE CERTIFICAR EXPERIENCIA)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

26-4-88

REUNE REQUISITOS

ORIGINARIO DE MEDELLIN
FIRMADO POR
Dra. Patricia Duran Zuluaga
JEFE PERSONAL

SI — NO — PENDIENTE —

JEFE PERSONAL

FUNCIONARIO

Libia Isabel Serrano Solano



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

COMISION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

**SOLICITUD DE INSCRIPCION EN
CARRERA ADMINISTRATIVA**

(Ley 27 de 1992)

Para ser diligenciado por la entidad

RADICACION

Número 2847

Fecha

18 01 94
Día Mes Año

| | | | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| EN PLEADO DATOS PERSONALES SOLICITUD | Primer apellido | 1 Segundo apellido | 2 Nombre (s) | 3 | | |
| | <u>Serrano</u> | <u>Solano</u> | <u>Libia Isabel</u> | | | |
| | Identificación C.C. | <input checked="" type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> C.E. | 4 Sexo | 5 Lugar y fecha de nacimiento | 6 |
| | <u>42891665</u> | | | <input type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> X | <u>B/manga (S.S.)</u> 160966 |
| | Dirección Residencia | 7 Ciudad | 8 Departamento | 9 | | |
| | <u>C1170 #44-114 Apt 307</u> | <u>Medellín</u> | <u>Antioquia</u> | | | |
| | Número de años aprobados: | Primaria | 5 Secundaria | 6 Superiores | 10 Profesión | |
| | | | | | Universitaria: <u>Aux. Enfermería</u> | |
| | El suscripto, identificado con los datos arriba descritos, solicita a la Comisión Seccional del Servicio Civil su inscripción en Carrera Administrativa y hace constar bajo la gravedad del juramento que los datos son veraces. | | | | | 11 |
| | <u>Libia Isabel Serrano Solano</u> | | | | | FIRMA |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| INFORMACION DEL CARGO CONSTANCIA REQUISITOS JEFEDEPERSONAL QUIEN HAGA SUS VECES | Nombre de la entidad nominadora | MUNICIPIO DE MEDELLIN | | 12 |
| | Municipio | MEDELLIN | 13 Departamento | ANTIOQUIA |
| | Fecha de ingreso a la entidad | <u>2605488</u> 15 | Empleo de carrera en que estaba posesionado el 29 de diciembre de 1992 | 16 |
| | | 16 Dia Mes Año | <u>AUXILIAR DE ENFERMERIAES</u> | |
| | Empleo de carrera en que se encuentra posesionado actualmente: | | | |
| | Denominación | <u>AUXILIAR DE ENFERMERIAES</u> | | Código <u>29303</u> |
| | Acto de nombramiento en el último cargo | | | |
| | Resolución <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Decreto <input checked="" type="checkbox"/> Número <u>139</u> | Fecha <u>240388</u> 17 | | |
| | 18 Dia Mes Año | | | |
| | El suscripto Jefe de Personal, o quien hace sus veces, de la entidad arriba mencionada, hace constar bajo la gravedad del juramento que el solicitante reúne las condiciones y los requisitos para su inscripción en carrera administrativa en el cargo anotado en el numeral 17 de este formulario por: | | | |
| a) Requisitos del manual <input type="checkbox"/> | b) Equivalencia entre estudios y experiencia <input checked="" type="checkbox"/> | c) Programa de capacitación <input type="checkbox"/> | | |
| Nombres y apellidos <u>LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO</u> | | | | |
| Firma y sello | <u>MUNICIPIO DE MEDELLIN</u> <u>ORIGINAL FIRMADO POR</u> <u>Diana Patricia Borda Zuleta</u> | | Fecha <u>040294</u> 19 | |
| 20 Dia Mes Año | | | | |
| Nota: La falsedad de esta constancia constituye falta grave que será sancionada por la autoridad competente, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones que contempla el código penal. | | | | |



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

COMISION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

**SOLICITUD DE INSCRIPCION EN
CARRERA ADMINISTRATIVA**

(Ley 27 de 1992)

Para ser diligenciado por la entidad

RADICACION

Número _____

Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------|-----------|-----------------------------|--------|
| PLIEGO DATOS PERSONALES SOLICITUD | Primer apellido | 1 | Segundo apellido | 2 | Nombre (s) | 3 | | | | | | |
| | SERRANO | | | LIBIA ISABEL | | | | | | | | |
| | Identificación | C.C. | <input type="checkbox"/> | T.I. | <input type="checkbox"/> | C.E. | <input type="checkbox"/> | 4 | Sexo | 5 | Lugar y fecha de nacimiento | 6 |
| | 4 2 8 9 1 6 6 5 | | | | | | M | F | BUCARAMANGA (S.S.) | | | 160966 |
| | Dirección Residencia | | | 7 | Ciudad | 8 | Departamento | 9 | | | | |
| | Calle 70 Nro. 44-114 Apt. 307 | | | Medellín | | | Antioquia | | | | | |
| | Número de años aprobados: | | | Primaria | 5 | Secundaria | 6 | Superiores | 11/2 | Profesión | AUX. ENFERMERIA | 10 |
| | Universitaria: | | | | | | | | | | | |
| | El suscripto, identificado con los datos arriba descritos, solicita a la Comisión Seccional del Servicio Civil su inscripción en Carrera Administrativa y hace constar bajo la gravedad del juramento que los datos son veraces. | | | | | | | | | | | |
| |  FIRMA | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|-------------------------------------|--------|-------|-------|-------------|
| Jefe de Personal o quien haga sus veces CONSTANCIA REQUISITOS INFORMACION DEL CARGO | Nombre de la entidad nominadora | 12 | | | | | | | | | | |
| | MUNICIPIO DE MEDELLIN | | | | | | | | | | | |
| | Municipio | 13 | Departamento | 14 | | | | | | | | |
| | MEDELLIN | | | ANTIOQUIA | | | | | | | | |
| | Fecha de ingreso a la entidad | 15 | Empleo de carrera en que estaba posesionado el 29 de diciembre de 1992 | 16 | | | | | | | | |
| | 2 6 0 4 8 8 | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| | Empleo de carrera en que se encuentra posesionado actualmente: | 17 | | | | | | | | | | |
| | Denominación | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | Código | 2 9 3 0 3 | 18 | | | | | |
| | Acto de nombramiento en el último cargo | 19 | | | | | | | | | | |
| | Resolución | <input type="checkbox"/> | Ordenanza | <input type="checkbox"/> | Acuerdo | <input type="checkbox"/> | Decreto | <input checked="" type="checkbox"/> | Número | 1 3 9 | Fecha | 2 4 0 3 8 8 |
| Día Mes Año | | | | | | | | | | | | |
| El suscripto Jefe de Personal, o quien hace sus veces, de la entidad arriba mencionada, hace constar bajo la gravedad del juramento que el solicitante reúne las condiciones y los requisitos para su inscripción en carrera administrativa en el cargo anotado en el numeral 17 de este formulario por: | | | | | | | | | | | | |
| a) Requisitos del manual | <input type="checkbox"/> | b) Equivalencia entre estudios y experiencia | <input checked="" type="checkbox"/> | c) Programa de capacitación | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Nombres y apellidos LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO | | | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN <small>OFICIAL FIRMADO POR</small> Firma y sello Diana Patricia Durán Zuluaga <small>JEF. DEPART. DE PERSONAL</small> | | | | | | | | | | | | |
| Nota: La falsedad de esta constancia constituye falta grave que será sancionada por la autoridad competente, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones que contempla el código penal. | | | | | | | | | | | | |
| Fecha 070394 Día Mes Año | | | | | | | | | | | | |



021008

Municipio de Medellín

Medellin, 30 de Marzo de 1994

Oficio 196

Doctora
DIANA PATRICIA DURAN ZULUAGA
Jefe Departamento de Personal
Medellin

Recibido
16/03/94
ABR/13/94

Asunto: Licencia por maternidad:

672 H.

Doctora Diana Patricia:

ACR.

La señora LIBIA ISABEL SERRANO, con cédula de ciudadanía 42.891 665 adscrita a la Secretaría de Bienestar Social, tiene una licencia remunerada de 84 días por maternidad, del 20 de Marzo hasta el 11 de Junio del presente año.

Atentamente,

MUNICIPIO DE MEDELLIN
Departamento Médico
y Odontológico
BEATRIZ ELENA MAYA GONZALEZ
Jefe Departamento Médico y Odontológico

Copia: Doctora Ingrid Angel Duque
Directora División de Relaciones Laborales.

MUNICIPIO DE MEDELLIN
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

04 ABR. 1994

MEDELLIN PARA TODOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA

Medellín, Abril 12 de 1994

Señor (a)
SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL
c.c. 42.891.665
AUXILIAR DE ENFERMERIA
UNIDAD DE ATENCION A LA TERCERA EDAD Y AL ANCIANO

Apreciado Señor (a)

Por medio del presente me permito comunicarle que ha sido inscrito(a) en la carrera administrativa en el empleo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, código 29303 mediante Resolución Nro. 443 del 8 de abril de 1994, emanada de esta comisión.

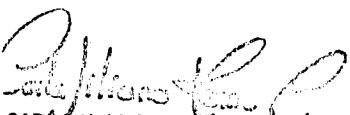
A partir de dicha fecha, usted entra a gozar de todos los derechos que le otorga la carrera administrativa como son, entre otros, la capacitación, la posibilidad de ascender a empleos superiores y la permanencia en la Administración siempre que cumpla con eficiencia y buena conducta las funciones que le han sido señaladas y los deberes que adquirió cuando ingresó al servicio público.

En adelante, el nombramiento en otro cargo de carrera superior al que desempeñe, deberá estar obligatoriamente precedido de un concurso (salvo por incorporación a una nueva planta de personal), pues si usted se posesiona sin este requisito previo, automáticamente quedará retirado de la carrera administrativa.

También le informo que a partir de la fecha sus servicios serán calificados por su superior inmediato, de cuya evaluación dependerá la permanencia o retiro del servicio.

Espero por tanto que de esta manera podamos prestar un eficaz servicio a la comunidad y así velar por la protección de las garantías que le otorga la carrera administrativa.

Atentamente,


CARLA HENAO ANA HENAO CARMONA
Secretaria Comisión Seccional del Servicio Civil
Departamento de Antioquia



MUNICIPALIDAD DE MEDELLÍN
Dpto. de Antioquia





MUNICIPIO DE MEDELLIN

Secretaría de Servicios Administrativos
Departamento de Personal

LIQUIDACION PRIMAS

Fecha: Abu/13/94

Prestación: Prima x Vacaciones.

Nombre: Lisio Isabel Serrano Solano Cédula No.: 22 891 665

Dependencia: Bienest. Social.

Ingresó: _____ Faltas: _____

Valor prestación \$ 5.000,00

Fundamento legal: Dato 183/85.

Liquidador

Revisor

Pago No. 16/94

Imprenta Municipal
Medellín

SA-5142



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA

AFILIACION TRABAJADOR Y/O
PERSONAS A CARGO

NIT. o C.C. EMPLEADOR NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69090522-2 Hernán Alejandro Molina

ELABORE ESTE FORMATO A MAQUINA SIN ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBREADOS. TODA INFORMACION INEXACTA O INCOMPLETA DA LUGAR A LA PERDIDA DEL SUBSIDIO.

SEÑALAR CON X LA AFILIACION QUÉSE VA A REALIZAR

| | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| FECHA ELABORACION ANO MES DIA | 1 Para recibir subsidio familiar monetario (Anexar documentos relacionados al reverso de la copia). | Para primera vez X Por nuevas personas a cargo | Para recibir tarjeta de servicios únicamente (No requiere documentos). | Por primera vez Por nuevas personas a cargo |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

DATOS DEL EMPLEADOR

DIRECCION EMPLEADOR

| | | | | | | | | |
|----------------------|------------------|----------------------|------------------------------------------|------------|----------|------------|----------------|-----------------------|
| DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | |
| SEGUNDO APELLIDO | PRIMER APELLIDO | NOMBRE COMPLETO | ESTADO CIVIL | FECHAMON | SEXO | BASICO MES | TIPO SALARIO | PROMEDIO MES |
| Segundo Hernando | Hernán Alejandro | 1 Soltero | 1 UNIÓN LIBRE | 5 SEP. 60 | 1 HOMBRE | 100 | FLUJO \$ 250,- | 862 |
| | | 2 SEPARADO | 2 UNIÓN LIBRE | 6 1/2 MES. | 2 MUJER | 100 | | |
| | | 3 DIVORCIADO | 3 UNIÓN LIBRE | 7 MES. | 3 | | | |
| | | 4 SEPARADO | 4 UNIÓN LIBRE | 8 MES. | 4 | | | |
| | | 5 SEPARENTE | 5 UNIÓN LIBRE | 9 MES. | 5 | | | |
| | | 6 UNION LIBRE | 6 UNIÓN LIBRE | 10 MES. | 6 | | | |
| OFICINA | CENTRO POSOS | UBICACION TRABAJADOR | EMPLEADOR CON QUIEN LABORO ANTERIORMENTE | | | | NIT. o CEDULA | RECIBE SUBSIDIO SI NO |
| | 109 | | | | | | | |

SI TRABAJA CON OTRO EMPLEADOR SUMINISTRE LOS SIGUIENTES DATOS:

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|----------|------------------------|-----------------|----------------|
| NIT. o C.C. EMPLEADOR | NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR | TELEFONO EMPLEADOR | 1 \$ BASICO MES. | FLUJO | TIPO SALARIO | VARIABLE | HORAS TRABAJO BAJA/MES | INGRESO EMPRESA | CARGO U OFICIO |
| | | | 2 \$ | PROMEDIO MES. | | | | | |
| CONYUGE O COMPAÑERO (A) TRABAJA: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | EN CASO AFIRMATIVO FAVOR SUMINISTRE LOS SIGUIENTES DATOS: | | | | | | | |
| NIT. EMPLEADOR | C.C. CONYUGE O COMPAÑERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR | | TELEFONO EMPLEADOR | 1 \$ BASICO MES. | FLUJO | TIPO SALARIO | VARIABLE | PROMEDIO MES. |

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTA AFILIANDO

| | | | | | |
|---------------|----------------------|--------|-----------|----------|------|
| GPO. FAMILIAR | DIRECCION RESIDENCIA | BARRIO | MUNICIPIO | TELEFONO | ZONA |
| | | | | | |

PERSONAS A CARGO

| DOCUTO | DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LAS PERSONAS A CARGO | NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS A CARGO INCLUYENDO AL CONYUGE O COMPAÑERO (A) | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO | CONDICION U OCUPACION |
|------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| CEDEULA | | | | | | |
| 1 2 | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE COMPLETO | M F ANO MES | HIJOS ADOPTRIO HIJAS MATRIM. HERMANOS | TRABAJA ESTUDIA LIMITADO |
| F. 657.341 | Ospina | Ospina | Juan Carlos | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 T G | X X | 3 |
| | | | Heberen Soriano | | | |
| | | | Alejandra | | | |

FIRMA Y SELLO EMPLEADOR

MUNICIPIO DE MEDELLIN
DEPARTAMENTO DE PERSONAS.
Sonia Rivillas O.



FECHA DE RECEPCION

REVISADO

AÑO 12 1984

*ODO. 129000000001
Olga*

RECEBIDO EN
RECIBIDOR: 10



Municipio de Medellín

Medellín, 25 de Mayo de 1.994

Doctor

ALVARO JIMENEZ MILLAN

Secretario

Bienestar Social

Respetado Doctor :

Muy comedidamente me dirijo a Usted para solicitarle Licencia no remunerada del 14 al 18 de Junio, con el fin de atender asuntos personales.

Por la atención prestada a mi solicitud, le doy mis sinceros agradecimientos.

Cordialmente,

Libia Isabel Serrano Solano.

LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

Atención a la Tercera Edad

Auxiliar de Enfermería

MUNICIPIO DE MEDELLIN

Secretaría de Bienestar Social

Vo Bo :

Olivia Isabel Serrano Solano

Hna. SILVIA RAMIREZ MARANJO

Atención a la Tercera Edad

~~OFICIO DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD~~

Y AL ANCIANO

DIRECTORA

OB / Z

OBED ZULUAGA HENAO

Dept. de Asistencia

JEFE



Municipio de Medellín

RESOLUCION NUMERO 055 DE 1994
(mayo 30)

Por medio de la cual se concede licencia no remunerada .

EL SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL DEL
MUNICIPIO DE MEDELLIN

En uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO:

Que LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, Auxiliar de Enfermería adscrito a la Secretaría de Bienestar Social, solicita licencia no remunerada del 14 al 18 de junio de 1994, según oficio fechado 25 de mayo de 1994.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Concédese licencia no remunerada a LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, auxiliar de Enfermería de la Secretaría de Bienestar Social, del 14 hasta el 18 de junio de 1994, inclusive.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Medellín, a los treinta (30) días del mes de mayo de mil novecientos noventa y cuatro (1994).

EL SECRETARIO DE BIENESTAR SOCIAL,

MUNICIPIO DE MEDELLIN
Secretaría de Bienestar Social.
Alvaro Jiménez Millán
ALVARO JIMÉNEZ MILLÁN

En la fecha 09 - 06 - 94, se hizo personal notificación de la presente resolución a la interesada.

Libia Isabel Serrano S.
LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO

OLCP
INFORME DE NOVEDADES DE PERSONALVaraciones S/24
42.891.665.

TIPO -B-

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

1. TIPO DE NOVEDAD

Licencia: Vacaciones: Suspensión: Permiso no Remunerado: Ausencias al Trabajo:

2. UBICACION LABORAL

Apellidos y Nombres Completos:

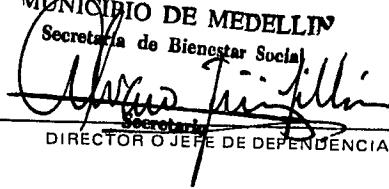
SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL

Cargo que Desempeña:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Secretaría: BIENESTAR SOCIAL

3. CAUSA Y FECHA DE LA NOVEDAD

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| | | | A PARTIR DEL | | |
| | | | DIA | MES | AÑO |
| LICENCIA NO REMUNERADA DEL 14 AL 18 DE JUNIO, INCLUSIVE | | | 14 | 06 | 94 |
| MUNICIPIO DE MEDELLIN <i>Secretaría de Bienestar Social</i>  DIRECTOR O JEFE DE DEPENDENCIA | | |  Jefe Departamento de Personal | | |
| DOS. | | | ELABORO | | |

4. PARA DILIGENCIAR EN EL DEPTO. DE PERSONAL Y GRABAR EN SISTEMAS

| Tipo de Nov. | NUMERO DE CEDULA | Concep-tos | 13 HORAS SUSPENSION | | 13 HORAS LICENCIAS | | 13 HORAS AUS. AL TRA. | | 13 HORAS VACACIONES | | 13 HORAS PERM. NO REM. | |
|--------------|------------------|------------|---------------------|-----|--------------------|-----|-----------------------|----|---------------------|----|------------------------|----|
| | | | 008 | 009 | 010 | 031 | 046 | | | | | |
| 1 | 42891665 | Horas | | | 56 | | | | | | | |
| 2 | | 12 | 16 | 19 | 16 | 19 | 16 | 19 | 16 | 19 | 16 | 19 |

Pago No.: 26 Año: 94
 MUNICIPIO DE MEDELLIN
 DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Código de Dependencia: 0020303002

Original (Depto. de Personal)

FECHA DE RECIBO EN PERSONAL

ELABORO

REVISOR (DEPTO. DE PERSONAL)

AUDITORIA

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

1. LIQUIDACION VACACIONES - DEPTO. DE PERSONAL

Vacaciones a partir del _____ al _____

Factor Hora x 350% \$ _____

Vacaciones _____ Días x _____ Horas = _____ XF.H _____ \$ _____

Prima de Vacaciones _____ Días x _____ Horas = _____ XF.H _____ \$ _____

Acumulado ord. noct. (Año Anterior) x No. días transcurridos \$ _____
(365 Días)

Acumulado Ordinario Nocturno (Año Actual) _____ \$ _____

Total \$ _____

Total \$ _____

Total \$ x Horas Vacaciones Sobre remuneración por Vacaciones \$ _____

Horas Año _____

El Liquidador: _____ Revisor (Personal) _____ Fecha: _____

2. CONTROL LICENCIAS

S26-5614-5614

7 DIAS

3. CONTROL SUSPENSION

4. OBSERVACIONES



SOLICITUD DE VINCULACION
PENSIONES - SALUD - RIESGOS PROFESIONALES

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA SEGUN RADICACION N° 94043479 - 13

| | | | | |
|----------|----------|-----------|----------|--------|
| CIUDAD | FECHA | SECCIONAL | PROMOTOR | RECEP. |
| Medellín | 95/07/01 | | | |

| |
|------------------------------------------------|
| FECHA, SELLO Y CONSECUTIVO DE RECEPCION: |
| DIVISION DE SEGURO ECONOMICOS |
| FECHA: 10/07/95 ANO / MES / AÑO / DIA / AÑO |
| CONSECUTIVO: 10 13 AM 95 |

(1) I - TRANSAACION AFILIACION ACTUALIZACION O MODIFICACION

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| ADMINISTRADORA ANTERIOR | | | | | | | | | |
| VINCULACION REGIMEN PENSIONES <input checked="" type="checkbox"/> | 1 VEZ <input checked="" type="checkbox"/> | CAMBIO A.F.P. <input type="checkbox"/> | NIT. <input type="checkbox"/> | DV <input type="checkbox"/> | | | | | |
| HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS DEL SECTOR PUBLICO? | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CUAL _____ | NIT. <input type="checkbox"/> | DV <input type="checkbox"/> | | | | | |
| CUAL _____ | | | | | | | | | |
| PROMOTORA ANTERIOR | | | | | | | | | |
| VINCULACION SALUD <input type="checkbox"/> | 1 VEZ <input type="checkbox"/> | CAMBIO EPS <input type="checkbox"/> | NIT. <input type="checkbox"/> | DV <input type="checkbox"/> | | | | | |
| VINCULACION RIESGOS PROFESIONALES <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------|------------|-----------------|----------|
| II - INFORMACION DEL INTERESADO | | | | | | | | | | |
| DATOS GENERALES | | | SEGUNDO APELLIDO | | | NOMBRES | | | INGRESO MENSUAL | |
| PRIMER APELLIDO | | | Sobano | | | Lilia Isabel | | | \$ 308.892 | |
| SEXO <input type="checkbox"/> | NIT <input type="checkbox"/> | CE <input type="checkbox"/> | Nº DOC. IDENTIDAD | DV | FECHA NACIMIENTO | NACIONALIDAD | | | CODIGO | |
| 1 M | 2 F | 3 S | 42891665 | 16 | 660916 | | | | | |
| DIRECCION DONDE LABORA | | | | C.I.DAD/MUNICIPIO | | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | CORRESP. |
| DIRECCION RESIDENCIA | | | | C.I.DAD/MUNICIPIO | | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | |
| 4 MODALIDAD DE TRABAJO | | ACTIVIDAD ECONOMICA | | | CODIGO | ENTIDAD AGRUPADORA | | NIT | DV | CODIGO |
| INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | | OCCUPACION Y CARGO ACTUAL | | | | | | | | |
| DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | | Auxiliar de Enfermeria | | | | | | | | |
| 5 EMPLEADOR: DIRECCION DE LA EMPRESA | | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR | | | C.C. <input type="checkbox"/> | NIT <input type="checkbox"/> | DV | SUCURSAL | ACT. ECONOMICA | |
| | | Municipio de Medellin | | | 18904058111111 | | | | | |
| | | C.I.DAD/MUNICIPIO | | | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | | |
| | | | | | 04 | | | 0513811900 | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|------------|---------|--|--|-------------------------------|--------------------------|------|------------------|------|-----|---|---|
| III - INFORMACION BENEFICIARIOS | | | | | | | | | | | | |
| RELACIONE LOS BENEFICIARIOS SEGUN LAS NORMAS VIGENTES | | | | | | | | | | | | |
| 1 APELLIDO | 2 APELLIDO | NOMBRES | | | CC-C TI-T NIT-N CE-E | NUMERO DE IDENTIFICACION | D.V. | FECHA NACIMIENTO | SEXO | | | |
| 1 | | | | | | | | AÑO | MES | DIA | F | M |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IV - FIRMAS | | | | | | | | | |
| AFILIADO SALUD Y/O RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | |
| INTERESADO HAGO CONSTAR QUE HE SELECCIONADO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES. PARA LA PROTECCION QUE SEÑALO EN EL PRESENTE FORMULARIO Y DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS. | | | | | | | | | |
| INTERESADO FIRMA SOLICITANTE | | | | | | | | | |
| EMPLEADOR 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. | | | | | | | | | |
| INTERESADO AFILIADO PENSIONES | | | | | | | | | |
| INTERESADO HAGO CONSTAR QUE LA SELECCION DEL REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES. MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS | | | | | | | | | |
| INTERESADO FIRMA SOLICITANTE | | | | | | | | | |
| EMPLEADOR FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA | | | | | | | | | |
| INTERESADO NOMBRE | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SEÑOR TRABAJADOR: EL SEGURO SOCIAL LE OFRECE LA POSIBILIDAD DE VINCULARSE VOLUNTARIAMENTE, EN FORMA INTEGRAL A TODOS LOS SISTEMAS QUE CUBRE: PENSIONES, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES, O PARCIALMENTE A CUALQUIERA DE ELLOS, MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMULARIO. | | | | | | | | | |
| PRESENTE ESTE FORMULARIO EN LOS PUNTOS DE AFILIACION (VER ANEXO 2 DEL MANUAL PRACTICO DE VINCULACION). MAYOR INFORMACION SOLICITALA A LA LINEA 9-800-13300 O AL CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE MAS CERCANO. | | | | | | | | | |



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

CALIFICACION DE SERVICIOS Grupo B

Sin personal a cargo

Entidad

SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL

Municipio
MEDELLIN

Departamento
ASISTENCIA Y REHABILITACION

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| EMPLEADO CALIFICADO | Nombres | Apellidos | C.C. | |
| | LIBIA ISABEL | SERRANO LOZANO | 42891665 | |
| Dependencia UNIDAD DE ATENCION A LA TERCERA EDAD. | | | | |
| CALIFICADOR | Cargo | Código | Grado | |
| | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 42891665 | | |
| PERIODO CALIFICADO | Nombres | Apellidos | C.C. | |
| | GINA, SILVIA | RAMIREZ NARANJO | 22090522 | |
| CALIFICACION | Cargo | Código | Grado | |
| | Directora | 22090522 | | |
| Desde | | Día Mes Año | Hasta | Día Mes Año |
| | | 1 09 94 | | 1 09 95 |
| IMPORTANTE | Anual | <input type="checkbox"/> | Cambio de empleo del calificado <input type="checkbox"/> | |
| | Período de prueba | <input type="checkbox"/> | | |
| | Orden del Jefe del Organismo | <input checked="" type="checkbox"/> | EVALUACION | Cambio o retiro del Calificador <input type="checkbox"/> |
| INSTRUCCIONES | - La calificación de servicios busca mejorar la eficiencia en la prestación del servicio público, a la vez que conduce a la adopción de decisiones administrativas referidas a la permanencia y proyección o retiro del empleado de carrera. | | | |
| | - Debe asumirse con responsabilidad; por tanto, el calificador debe disponer del tiempo suficiente para estudiar los reglamentos, conocer el formulario y considerar la calificación que asignará a cada uno de sus empleados. | | | |
| | - La calificación se refiere a un determinado período; por tanto, se juzgarán las actuaciones del empleado dentro de tal período y teniendo en cuenta las circunstancias que incidieron en el desempeño de las funciones. | | | |
| | - El formulario constituye una herramienta de orientación y de apoyo. Lo esencial es el criterio objetivo e imparcial para juzgar y analizar el desempeño. | | | |
| - Para asignar las calificaciones se presenta, frente a la descripción de cada factor, una guía de valoración de cuatro (4) grados definidos así: | | | | |
| EXCELENTE: El desempeño del empleado supera ampliamente los niveles y patrones establecidos y posee el factor en muy alto grado. Se califica entre 90 y 100 puntos. | | | | |
| BUENO: El calificado posee el factor en grado satisfactorio y el desempeño es superior al promedio, sin ser excepcional. Se califica entre 65 y 69 puntos. | | | | |
| REGULAR: El desempeño del empleado está frecuentemente por debajo del nivel esperado y requiere aplicar esfuerzos para satisfacer las exigencias del factor. Se califica entre 40 y 64 puntos. | | | | |
| DEFICIENTE: El Calificado posee el factor en muy bajo grado. No satisface las exigencias mínimas. Se califica entre 0 y 39 puntos. | | | | |
| - Concluida la calificación, se procederá a la notificación, dentro de un clima que permita el diálogo y la manifestación de los puntos de vista del calificado. | | | | |

Cualquier observación o sugerencia tendiente a mejorar o a adecuar el formulario o los procedimientos,
a las particularidades de los cargos o de la entidad, comuníquela a la oficina de personal.

| DESCRIPCION DE FACTORES DEL GRUPO B | Grados de Valoración | Intervalos de Puntuación | Puntos |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|
| 1. CALIDAD DEL TRABAJO. Relación en términos de contenido, exactitud y presentación, entre el resultado de los trabajos asignados y las especificaciones dadas para su ejecución. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 89 |
| 2. CANTIDAD DE TRABAJO. Relación cuantitativa entre las tareas, actividades y trabajos realizados y los asignados, tanto en condiciones ordinarias como especiales de la prestación del servicio. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 89 |
| 3. OPORTUNIDAD. Realización y entrega de los trabajos a tiempo, teniendo en cuenta los requerimientos del servicio y la optimización del mismo. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 89 |
| 4. ORGANIZACION. Utilización racional de todos los recursos disponibles, que dé como resultado la realización eficiente de las funciones y el mejoramiento en la prestación del servicio. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 80 |
| 5. RESPONSABILIDAD. Cumplimiento de las funciones, deberes y compromisos inherentes al empleo, asumiendo las consecuencias que se deriven del ejercicio del mismo. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 89 |
| 6. RELACIONES INTERPERSONALES. Comportamiento con superiores, compañeros de trabajo y usuarios del servicio, y disposición para dar y recibir colaboración, de manera que contribuya a establecer un ambiente laboral de cordialidad y respeto. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 90 |
| 7. ACTITUD FRENTE AL TRABAJO. Medida en que demuestra interés, entusiasmo y disposición para ejercer las funciones del cargo y para adquirir los conocimientos que posibiliten su propio desarrollo y la mejora del rendimiento. | Excelente Bueno Regular Deficiente | De 90 a 100 De 65 a 89 De 40 a 64 De 0 a 39 | 80 |
| RESULTADO: | SATISFACTORIA <input type="checkbox"/> | INSATISFACTORIA <input type="checkbox"/> | PUNTOS |
| OBSERVACIONES: _____ | | | 606 |
| <u>H. Liliwia Ramírez N</u> <small>J.E.:Firma del Calificador Y. A. ANGULO</small> | | | |
| Ciudad y Fecha <u>Medellín, sep. 11/95</u> | | | |
| NOTIFICACION <p>Contra esta calificación procede el recurso de reposición y en subsidio el de apelación, interpuestos ante el calificador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación. Los recursos deben presentarse por escrito, personalmente o mediante apoderado y exponiendo los motivos de inconformidad.</p> | | | |
| <u>X Libio Isidro Serrano S.</u> <small>Firma del Calificado</small> | | | |
| Ciudad y Fecha <u>Medellín -11-95</u> <small>Al funcionario se le debe entregar copia de esta calificación</small> | | | |
| RECURSOS | | | |
| INTERPUSO RECURSO DE REPOSICION <input type="checkbox"/> | INTERPUSO RECURSO DE APELACIÓN <input type="checkbox"/> | | |

MARIA VICTORIA MAYA MAYA
NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO DE MEDELLIN
CALLE 34 No 66B-93 TEL 265-93-20
MEDELLIN COLOMBIA



DECLARACIONES CON FINES EXTRAPROCESALES

ACTA N° 6006.

En la Ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de, República de Colombia, a los 02 días del mes de Noviembre de mil novecientos noventa y cinco (.995), ante mi MARIA VICTORIA MAYA MAYA NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO DE MEDELLIN, comparecio, Lilibeth Isabell Serrano Solano, mayor de edad, vecino(a) de Medellin Antioquia, de nacionalidad Colombiana, portador de la cédula de ciudadanía número 47.891.665 expedida Enviado (Int.) residente Medellin con número telefónico 256-02-99. Con el fin de rendir declaración bajo la gravedad del juramento sobre Bienes y Rentas de conformidad con el artículo 13, 14, 15 y 16, de la ley 190 de 1995 y que se considera prestado conforme lo dispone el artículo 299 del Código del Procedimiento civil en los siguientes términos .

PRIMERO: Me llamo como queda expresado Lilibeth Isabell Serrano Solano de 29 años de edad, hijo(a) de Antonio Serrano (Fallecido) y Teresi Solano de profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA, con sociedad conyugal Vigente.

SEGUNDO : Declaro que mis ingresos en el ultimo año gravable fueron: (\$3.500.000 =) M/L.

Que mis cuentas de ahorro se encuentran en _____

Que SÍ tengo relación de acreencias y obligaciones vigentes con DAVIVIENDA # 11.000.000 = HIPOTECA

Que SÍ tengo las siguientes personas a cargo Teresi Solano Vida de S. - Madre Monica Patricia Serrano Solano - Hermana Teresita Serrano Solano - Hermana - Catalina Ospina Serrano - Hija -

Que NO pertenezco a junta Directiva y Miembro de ellas.

Que NO pertenezco a las juntas Directivas y/o Sociedades la _____

Que SÍ tengo sociedad conyugal con Juan Carlos Ospina Haro . ref # 71.657.371 Med.

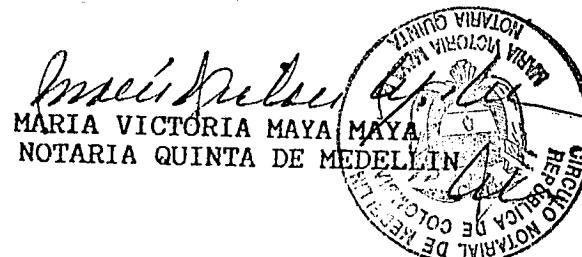
Que sí tengo los siguientes bienes patrimoniales Cosa
de Habitación Kr 87 # 18A-15 Balon Buenvivero
Moto SUZUKI ADDRESS 60 con placa CKW 83

Esta Declaración la hago a efectos de llenar requisitos que me son solicitados por Mpio Medellín de acuerdo al estatuto anticorrupción, Ley 190 del 1.995 Artículos 13,14,15 y 16 Manifiesto Ante la Notaria Quinta de Medellín que lo registrado en este documento corresponde a la verdad y nada más que la verdad.

Para constancia se firma ante mi , la suscrito Notaria que de todo lo expuesto doy fe .

EL(LA) DECLARANTE :

Jairo Isidro Serrano S.
c.c 42.891.665 Env. (Ant.)



QSB.S - 0036



Municipio de Medellín

Medellín, enero 12 de 1996

Doctora
GLORIA QUICENO A.
Secretaría de Bienestar Social
Ciudad

Respetada Doctora:

Me permito presentar renuncia al cargo que hasta la fecha he venido desempeñando en la Secretaría, AUXILIAR DE ENFERMERIA, en la Unidad de Atención a la Tercera Edad.

El motivo de mi renuncia es de carácter personal, ya que mi desempeño ha sido muy grato y me permitió aprender mucho, tanto de mis compañeros, jefes y usuarios.

Agradezco mucho la oportunidad de desempeñarme profesionalmente en los programas que la Secretaría adelanta con la población de Medellín.

Atentamente,

Libia Isabel Serrano G.
LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO
Auxiliar Enfermería
c.c. 42.891.665 de Envigado.

dos.

**Alcaldía de Medellín...
EN EQUIPO CON USTED**

Medellín, 24 de enero de 1996

Doctora
DIANA PATRICIA DURAN ZULUAGA
Jefe Depto de Personal
Secretaría de Servicios Administrativos
Municipio de Medellín
Ciudad

Respetada doctora:

Me permito comunicarle que se autorizar el retiro del servicio de la Señora LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, con cédula de ciudadanía N° 42.891.665 de Envigado, como Auxiliar de Enfermería en la Unidad de Atención a la Tercera Edad y al Anciano, de la Secretaría de Bienestar Social. partir del 31 de enero de 1996.

Agradeceré su atención.

gloria quiceno
GLORIA QUICENO A.
Secretaría de Bienestar Social
Municipio de Medellín

AC
24 ENE 1996



Municipio de Medellín

Medellín, febrero 2 de 1996

Doctora
DIANA PATRICIA DURAN ZULUAGA
Jefe Departamento de Personal
Ciudad

Respetada Doctora:

Me permito informarle para efectos de lo pertinente en su despacho, que la señora LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, quien presentó renuncia al cargo de Auxiliar de Enfermería en la Secretaría de Bienestar Social, laboró hasta el día 2 de febrero de 1996, fecha en la cual se le notificó la aceptación por parte del Municipio de Medellín.

U2 891, 665

Atentamente,

Gloria Quiceno
MUNICIPIO DE MEDELLIN
GLORIA QUICENO A.
Secretaria de Bienestar Social LAS PERSONAS
Secretaria de Bienestar Social

dos.



SECRETARIA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

DIVISION DE RELACIONES LABORALES

MUNICIPIO DE MEDELLIN

A S U N T O: COMUNICACION DE DESEMPLEO

Señor SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL

Me permito comunicarle que por medio de DECRETO 00085 DE
ENERO 22 DE 1996. SE ACEPTA RENUNCIA

CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

SECCION UNIDAD DE ATENCION A LA TERCERA EDAD Y AL ANCIANO

DEPARTAMENTO ASISTENCIA Y REHABILITACION

DIVISION _____

SECRETARIA BIEESTAR SOCIAL

Las prestaciones sociales a que tenga derecho le serán liquidadas de oficio por el Departamento de Personal.

Sírvase reclamar a su jefe inmediato la orden para el examen médico Post-ocupacional, para el cual deberá presentarse al Departamento Médico, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de desempleo.

Medellín, 26 de ENERO 96 de 1996

El Director de Relaciones Laborales

SA-1663

**INFORME DE NOVEDADES DE PERSONAL
TIPO A**

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

| CARGO DE LIBRE NOMBRAMIENTO | | CARGO DE CARRERA | | MOTIVO DE DESEMPLEO | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. INGRESO | <input type="checkbox"/> | 1. INGRESO | <input type="checkbox"/> | PROPIEDAD | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> PROPIEDAD | | <input type="checkbox"/> | | PROVISIONALIDAD | <input type="checkbox"/> |
| 2. ENCARGO | <input type="checkbox"/> | 2. ENCARGO | <input type="checkbox"/> | PERIODO DE PRUEBA | <input type="checkbox"/> |
| 3. PROMOCION | <input type="checkbox"/> | 3. PROMOCION | <input type="checkbox"/> | VACANTE DEFINITIVA | <input type="checkbox"/> |
| 4. TRASLADO | <input type="checkbox"/> | 4. TRASLADO | <input type="checkbox"/> | VACANTE TEMPORAL | <input type="checkbox"/> |
| 5. DESEMPLEO | <input type="checkbox"/> | 5. DESEMPLEO | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 6. CAMB. DE DENOMINACION | <input type="checkbox"/> | 6. CAMBIO DE DENOMINACION | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

APPELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL

CARGO A DESEMPENAR

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIVISION

SECRETARIA

Bienestar Social

SECCION

UNIDAD DE ATENCION A LA TERCERA EDAD Y AL ANCIANO

DEPARTAMENTO

ASISTENCIA Y REHABILITACION

CAUSA Y FECHA DE LA NOVEDAD

GRUPO

ACEPTASE RENUNCIA POR DECRETO 00085 DE ENERO 22 DE 1996.

A PARTIR DEL

HASTA EL

TIEMPO TOTAL

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO

DIAS

5 02 96

HORAS

ELABORADO POR


RELACIONES LABORALES

DEPENDENCIA


DEPTO. DE PERSONAL

DATOS PARA DILIGENCIAR EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

FECHA DE NACIM. SEXO

| | | | | |
|-----|-----|-----|---|---|
| DIA | MES | AÑO | M | F |
|-----|-----|-----|---|---|

C.C. 42891.665

LIBRETA MILITAR

CLASE

DISTRITO

ESTADO CIVIL

NOMBRE DEL CONYUGE

Soltero Casado Viudo

No. DE PERSONAS A CARGO

RECIBE

NO RECIBE NI CEDE

CEDE

CODIGO DE
DEPENDENCIA

CODIGO
OFICIO

FACTOR
HORA \$

SALARIO
MES \$

CONTRATO No.

DECRETO No.

RESOLUCION No.

ACTA No.

ELABORO

INFORMO

29 ENE 1996

FECHA RECIBO - PERSONAL

REVISOR (DPTO. PERSONAL)

AUDITORIA

MUNICIPIO
DE
MEDELLIN

N O M I N A G E N E R A L
HOJA DE SERVICIOS PERSONAL VINCULADO

16/02/96

SECRETARIA
DE
SS AA

96

| NOMBRE | SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | CEDULA | 42891663 |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------|
| CARGO ACTUAL | AUXILIAR DE ENFERMERIA | CATEGORIA | J |
| FACTOR HORA | 1548.696 | GRUPO Y CURVA | 05 A |
| DEPENDENCIA | 0020303002 COD-PAGADOR | JORNADA | 112 |
| HORAS INCAPACIDAD | | VALOR INCAPACIDAD | 0.00 |
| SUBSIDIO DE TRANSPORTE | 20930 ✓ 126.00 | GASTOS DE REPRESENTACION | 0.00 |
| VALOR VIATICOS | 0.00 | AGUINALDO | 0.00 |
| PRIMA DE VACACIONES | 0.00 | PRIMA DE VIDA CARA | 1.00 |
| PRIMA DE NAVIDAD | 0.00 | PRIMA DE NAVIDAD AÑO ANTERIOR | 401.508.00 |
| PRIMA DE MATERNIDAD | 0.00 | PRIMA DE MATRIMONIO | 0.00 |
| PRIMA DE ANTIGUEDAD | 0.00 | PRIMA DE CALAMIDAD | 0.00 |
| PRIMA PROFESIONAL DOCENTE | 0.00 | PRIMA DE TRANSPORTE Y MANUTE. | 0.00 |
| AUXILIOS QUIRURGICOS | 0.00 | AUXILIOS HOSPITALARIOS | 0.00 |
| CESANTIAS ANTICIPADAS | 305.616.02 | TOTAL DEVENGADO | 269.210.00 |
| CONTROL HORAS EN VACACIONES | 0 | IDENTIFICADOR DE VACACIONES | 0 |
| CONTROL HORAS EN INCAPACIDAD | 0 | CONTROL SUSPENSIONES | 0 |
| CONTROL HORAS EN LICENCIA | 0 | FALTAS PRIMA DE VIDA CARA | 0 |
| AUSENCIAS A LA FECHA | 0 | AUSENCIAS EN EL AÑO | 0 |
| LICENCIAS A LA FECHA | 112 | LICENCIAS EN EL AÑO | 0 |
| PERMISOS A LA FECHA | 0 | PERMISOS EN EL AÑO | 0 |
| SUSPENSIONES A LA FECHA | 0 | SUSPENSIONES EN EL AÑO | 0 |
| RETENCION EN LA FUENTE | 0.00 | PERIODOS DE VACACIONES ACUMULADAS | 0 |
| DIAS SERVIDOS MUNICIPIO | 0 | EN OTRAS ENTIDADES | 0 |
| HORAS ORDINARIO DIURNO | 168 ✓ 780 | VALOR ORDINARIO DIURNO | 260.181.00 |
| HORAS ORDINARIO NOCTURNO | 0 | VALOR ORDINARIO NOCTURNO | 0.00 |
| HORAS EXTRAS DIURNAS | 0 | VALOR EXTRAS DIURNAS | 0.00 |
| HORAS EXTRAS NOCTURNAS | 0 | VALOR EXTRAS NOCTURNAS | 0.00 |
| HORAS EXTRAS EN FESTIVO DIURNAS | 0 | VALOR EXTRAS EN FESTIVO DIURNO | 0.00 |
| HORAS EXTRAS EN FESTIVO NOCTURNO | 0 | VALOR EXTRAS EN FESTIVO NOCT. | 0.00 |
| HORAS FESTIVAS DIURNAS | 0 | VALOR FESTIVAS DIURNAS | 0.00 |
| HORAS FESTIVAS NOCTURNAS | 0 | VALOR FESTIVAS NOCTURNAS | 0.00 |
| HORAS EN VACACIONES ACUMULADAS | 0 | VALOR VACACIONES | 0.00 |
| HORAS PERMISOS REMUNERADOS | 0 | VALOR PERMISOS REMUNERADOS | 0.00 |
| VALOR SUBSIDIO FAMILIAR | 0.00 | VALOR SUBSIDIO COMFAMA | 8.902.00 |
| VALOR SUPLEMENTO ALIM. | 0.00 | FECHA ULTIMO ASCENSO | 000000 |
| VLR AUX HIJOS INVALIDOS | 0.00 | FECHA ULTIMO TRASLADO | 000000 |

Peso (a 22. febrero)

MUNICIPIO
DE
MEDELLIN

NOMINA GENERAL
HOJA DE SERVICIOS AÑO ANTERIOR

16/02/96

SECRETARIA
DE
SS AA

✓ 75

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------|
| NOMBRE | SERRANO SOLANO LIBIA ISABEL | CEDULA | 42891665 |
| CARGO ACTUAL | AUXILIAR DE ENFERMERIA | CATEGORIA | 1 |
| FACTOR HORA | 1548.696 | GRUPO Y CURVA | 05 A |
| DEPENDENCIA | 0020303002 COD-PAGADOR | JORNADA | 112 |
| HORAS INCAPACIDAD | | VALOR INCAPACIDAD | 0.00 |
| SUBSIDIO DE TRANSPORTE | 2069 ²⁸ | GASTOS DE REPRESENTACION | 0.00 |
| VALOR VIATICOS | 0.00 | AGUINALDO | 154.446.00 |
| PRIMA DE VACACIONES | 203.108.00 | PRIMA DE VIDA CARA | 308.892.00 |
| PRIMA DE NAVIDAD | 401.508.00 | PRIMA DE NAVIDAD AÑO ANTERIOR | 307.074.00 |
| PRIMA DE MATERNIDAD | 0.00 | PRIMA DE MATRIMONIO | 0.00 |
| PRIMA DE ANTIGUEDAD | 0.00 | PRIMA DE CALAMIDAD | 0.00 |
| PRIMA PROFESIONAL DOCENTE | 0.00 | PRIMA DE TRANSPORTE Y MANUTE. | 0.00 |
| AUXILIOS QUIRURGICOS | 0.00 | AUXILIOS HOSPITALARIOS | 0.00 |
| CESANTIAS ANTICIPADAS | 305.616.02 | TOTAL DEVENGADO | 6.008.329.00 |
| CONTROL HORAS EN VACACIONES | 0 | IDENTIFICADOR DE VACACIONES | 0 |
| CONTROL HORAS EN INCAPACIDAD | 0 | CONTROL SUSPENSIONES | 0 |
| CONTROL HORAS EN LICENCIA | 0 | FALTAS PRIMA DE VIDA CARA | 0 |
| AUSENCIAS A LA FECHA | 0 | AUSENCIAS EN EL AÑO | 0 |
| LICENCIAS A LA FECHA | 112 | LICENCIAS EN EL AÑO | 0 |
| PERMISOS A LA FECHA | 0 | PERMISOS EN EL AÑO | 0 |
| SUSPENSIONES A LA FECHA | 0 | SUSPENSIONES EN EL AÑO | 0 |
| RETENCION EN LA FUENTE | 0.00 | PERIODOS DE VACACIONES ACUMULADAS | 07 |
| DIAS SERVIDOS MUNICIPIO | 0 | EN OTRAS ENTIDADES | 0 |
| HORAS ORDINARIO DIURNO | 2768 | VALOR ORDINARIO DIURNO | 3.513.755.00 |
| HORAS ORDINARIO NOCTURNO | 1674 | VALOR ORDINARIO NOCTURNO | 743.759.00 |
| HORAS EXTRAS DIURNAS | 0 | VALOR EXTRAS DIURNAS | 0.00 |
| HORAS EXTRAS NOCTURNAS | 0 | VALOR EXTRAS NOCTURNAS | 0.00 |
| HORAS EXTRAS EN FESTIVO DIURNAS | 0 | VALOR EXTRAS EN FESTIVO DIURNO | 0.00 |
| HORAS EXTRAS EN FESTIVO NOCTURNO | 0 | VALOR EXTRAS EN FESTIVO NOCT. | 0.00 |
| HORAS FESTIVAS DIURNAS | 212 | VALOR FESTIVAS DIURNAS | 269.121.00 |
| HORAS FESTIVAS NOCTURNAS | 96 | VALOR FESTIVAS NOCTURNAS | 164.515.00 |
| HORAS EN VACACIONES ACUMULADAS | 152 | VALOR VACACIONES | 233.649.00 |
| HORAS PERMISOS REMUNERADOS | 0 | VALOR PERMISOS REMUNERADOS | 0.00 |
| VALOR SUBSIDIO FAMILIAR | 0.00 | VALOR SUBSIDIO CONFAMA | 13.500.00 |
| VALOR SUPLEMENTO ALIM. | 0.00 | FECHA ULTIMO ASCENSO | 000000 |
| VLR AUX HIJOS INVALIDOS | 0.00 | FECHA ULTIMO TRASLADO | 000000 |

✓ 1177375

22

ab Mayo 23

217



MUNICIPIO DE MEDELLIN

Código 42 891665

Dependencia Bienestar Social

Asunto Cesantías Definitivas y Vacaciones

Serrano Solano Libia Isabel

Fecha del Feb 20 / 96 al _____

ty 211703

Sueldo:

$$\begin{array}{rcl} 35 \times 84 \times 158.696 & = & 433,634.88 \\ 330 \times 84 \times 1269.423 & = & 3351276.72 \\ & & \hline 3784911.60 & /_{12} & \longrightarrow 31409.30 \end{array}$$

Prima Rendidad:

$$\begin{array}{rcl} 376.849.36 \times 1 /_{12} & = & 3131.415 \text{ economia} \\ 401.508.00 \times 1 /_{12} & = & \hline 368.049.00 \\ & & \hline 411.584.58 & /_{12} & \longrightarrow 34298.71 \end{array}$$

Prima Vida Care:

$$\begin{array}{rcl} 15 \times 376849.36 / 360 & = & 161207.78 \text{ economia} \\ 206 \times 308892.00 / 360 & = & \hline 176.757.86 \\ & & \hline 337.962.64 & /_{12} & \longrightarrow 28.162.00 \end{array}$$

Subsidio Hijo:

$$\begin{array}{rcl} 35 \times 5.78 & = & 209.30 \\ 330 \times 2069.08 / 365 & = & \hline 1870.67 \\ & & \hline 2079.97 & /_{12} & \longrightarrow 173.33 \end{array}$$

Tiempo Extra:

$$330 \times 1177.395 \text{ pesos} / 365 = \begin{array}{r} 145.577.42 \\ 1064494.01 \\ \hline 1210.071.12 \end{array} \longrightarrow 100.839.296$$

Aguinaldo

$$154.446 /_{12} \longrightarrow 12870.50$$

Prima Vacaciones:

$$\begin{array}{rcl} 2714160 \times 158.696 / 365 & = & 183976.17 \\ 94 \times 203107.68 / 365 & = & \hline 52307.18 \\ & & \hline 236283.77 & /_{12} & \longrightarrow 19690.31 \\ \text{Salario promedio} & & \hline 571444.99 \end{array}$$



Municipio de Medellín

RESOLUCION NUMERO 736 DE 1996
(febrero 22)

Por medio de la cual se liquida unas prestaciones sociales definitivas

EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DEL MUNICIPIO DE MEDELLIN

CONSIDERANDO

- 1- Que la señora LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, con cédula de ciudadanía No 42.891.665 de Envigado, laboró al servicio del Municipio de Medellín del 26 de abril de 1988 al 4 de febrero de 1996, desempeñó el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA-Unidad de Unidad de Atención a la Tercera Edad y al Anciano- Secretaría de Bienestar Social.
- 2- Que de conformidad con el Decreto Nacional 1160 de 1947 y Acuerdo 82 de 1959 procede a realizarle la liquidación de unas prestaciones sociales definitivas así:

VACACIONES POR DESVINCULACION: 271 días, contados del 10 de mayo de 1995 al 4 de febrero de 1996, le dan derecho a 11 días, que se cuentan del 5 de febrero de 1996 al 19 de febrero de 1996, se suman 4 festivos, total días 15. Son 120 horas a un factor hora \$ 1549-443, valen: \$ 185.933.00 .

RECONOCER PRIMA DE VACACIONES: \$ 183.977.00

CESANTIAS DEFINITIVAS: 2.800 días contados del 26 de abril de 1988 al 4 de febrero de 1996, se suman 15 días por vacaciones, y se descuentan 14 días que faltó, liquidados a razón de un salario de \$ 511.444.99 promedio, valen: \$ 3'977.905.47 menos \$ 305.616.02 pagados en resolución No. 83/91 saldo: \$ 3'672.289.00 .

RECONOCIMIENTOS Y REINTEGROS

RECONOCER: \$ 173.454.00 por salarios enero 22-febrero 4/96
\$ 43.536.00 por prima navidad proporcional/96
\$ 161.208..00 por prima vida cara proporcional/96
\$ 83.00 por subsidio de transporte/96
\$ 145.577.00 por tiempo extra según planilla adjunta

REINTEGRA: \$ 6.00 por subsidio de transporte/95

ASIGNACION BASE: \$ 511.444.99

TOTAL DE LA PRESTACION: \$ 4'566.057.00
REINTEGRA: \$ 6.00
VALOR EFECTIVO: \$ 4'566.051.00

RESUELVE

ARTICULO 1o RECONOCER a la señora LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO, por concepto de prestaciones sociales definitivas la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$ 4'566.057.00).

El reconocimiento anterior se hace con cargo al presupuesto de FONDOS COMUNES

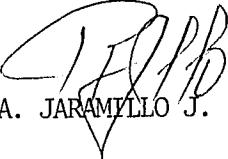
ARTICULO 2o Contra la presente resolución proceden los recursos de Reposición y Apelación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación, ante el Depar...



Municipio de Medellín

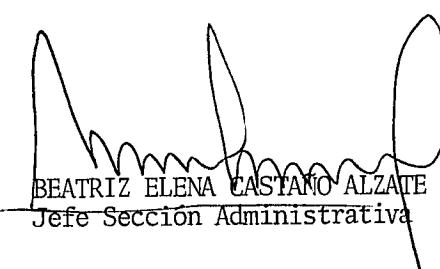
Continuación resolución No 736 de 1996

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE


RICARDO A. JARAMILLO J.

Revisor


DIANA PATRICIA DURAN ZULUAGA
Jefe Departamento de Personal


BEATRIZ ELENA CASTAÑO ALZATE
Jefe Sección Administrativa

sonia

#NOTIFICAR la presentación de..... al Sr.
de.... de 1.9.... al Sr.
haciéndole saber que contra ella proceden los
recursos de reposición y apelación por escrito,
dentro de los cinco días hábiles siguientes al de

la notificación. Enterado, firma manifestando

Isabel Barrionuevo Sobrino
Cif 12.09.665 Env. (Ajt) 256-02-49
Renuncio a Razono.

Facultad Admisión

MUNICIPIO DE MEDELLIN DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Medellin, 1 de MAR. 1996 de

mil novecientos

Como, cumplidos los requisitos de la notificación, las
partes no interpusieron recurso alguno dentro del tér-
mino legal ya vencido, SE DECLARA EJECUTORIADA
la No. 736 dictada en este negocio con fecha

El Jefe de Personal,
El Jefe de la Sección

EL SUSCRITO NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO
DE BUCARAMANGA

C E R T I F I C A :

Que en el REGISTRO DE NACIMIENTOS que se lleva en esta Notaría, correspondiente al AÑO de 1972

NUMERO 151756 se encuentra inscrita la partida que corresponde a LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO de sexo FEMENINO nacida en BUCARAMANGA, el día 16 de septiembre de 1966. Este Certificado es PLENA PRUEBA DEL ESTADO CIVIL .- Los demás datos se omiten por expresa prohibición del Art. 115 del Decreto Ley 1260 de 1970. EXENTO DE TIMBRE Y PAPEL SELLADO LEY 2a DE 1976.

PADRES : TERESA INES SOLANO CASTRO Y

ANTONIO MARIA SERRANO GOMEZ

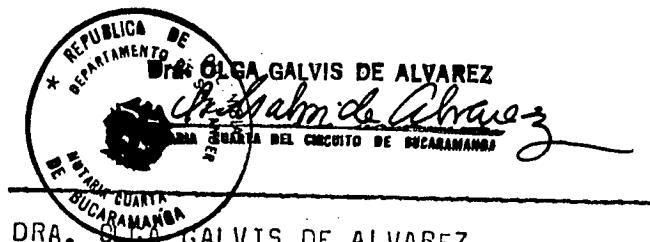
NACIONALIDAD COLOMBIANA

ACREDITAR PADRESCO

VALIDO PARA

MAYO 11 de 1988

BUCARAMANGA





NOTARIA DOCE

Martha Inés Alzate de Restrepo

NOTARIO

En mi carácter de NOTARIO DOCE DEL CIRCULO DE MEDELLIN

CERTIFICO

Que al folio 1748234 del libro _____ de matrimonios, aparece inscrita la partida
de los cónyuges JUAN CARLOS OSPINA HERRERA
LIBIA ISABEL SERRANO SOLANO
y _____

Hecho ocurrido en Medellín, el día NUEVE, 09) del mes de
AGOSTO de mil novecientos NOVENTA Y UNO 1.91)

en LA PARROQUIA DE SAN JUAN DE LA CRUZ DE MEDELLIN

Esta certificación está exenta de los impuestos de Papel Sellado y Timbre Nacional, numerales

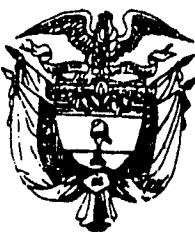
4º del Art. 13 y 37 del Art. 26 de la Ley 2a. de l. 976

GONZALO/ ABRIL 08 DE 1.994

Medellín, _____

(Colombia) No. 53-41 Tels 512 76 99 - 231 72 45 512 33 80 - 512 33 83





NOTARIA DOCE
MARTHA INES ALZATE DE RESTREPO
NOTARIO

LA SUSCRITA NOTARIO DEL CIRCULO DE MEDELLIN con base en el

artículo 115 del Decreto 1260 de 1970, CERTIFICA que en el folio 21665554

de fecha ABRIL 06/94 del Archivo del Registro Civil de Nacimientos, fue inscrito el nacimiento de CATALINA OSPINA SERRANO

de sexo FEMENINO que ocurrió el día MARZO 23 DE 1.994

en el Municipio de MEDELLIN Departamento de ANTIOQUIA

República de Colombia.

JUAN CARLOS OSPINA
El Registrado es hijo _____ de _____

Y LIBIA ISABEL SERRANO

_____ con la única finalidad de demostrar el parentesco.

Medellín, 08 ABRIL de 94 de 19

GONZALO

NOTA: SE EXPIDE DE ACUERDO A LA LEY 2a. ART. 26

