



DEPTO. DE ARCHIVO Y  
ADMON. DE DOCUMENTOS

PRONTUARIO LABORAL №

30851

PERTENECIENTE A:

CALLE

GOMEZ

LILIANA MARIA

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO

NOMBRES

CEDULA DE CIUDADANIA ANTERIOR \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

CEDULA DE CIUDADANIA ACTUAL 42.896.301 DE ENVIGADO ANT.

LIBRETA MILITAR № \_\_\_\_\_ FICHO № 42.896.301

MICROFILM: ROLLO № 191 GAVETA № \_\_\_\_\_ ARCHIVADOR № \_\_\_\_\_

29

## CAMBIOS DE EMPLEO Y ASIGNACIÓN

28

## PRIMA DE NAVIDAD

PRIMA DE VIDA CARA

LICENCIAS

SANG JONES

**OTRAS PRIMAS**

## ADICIONES POR SALARIOS

LENTE S Y APARATOS DE REHABILITACION

## OTROS RECONOCIMIENTOS

-185 19

	MUNICIPIO DE MEDELLIN	SOLICITUD DE EMPLEO	
		SECRETARIA O DEPTO. ADMINISTRATIVO. <i>Educación</i>	
CARGO <i>Abogado Coordinador</i>		FECHA DE SOLICITUD <i>11 Marzo 1986</i>	
LLENSE A MANO CON LETRA CLARA.			

I. INFORMACION PERSONAL.

NOMBRES COMPLETOS COMO APARECE EN LA CEDULA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO		
<i>Liliiana María Calle</i>	<i>Calle</i>	<i>Gómez</i>	DIA	MES	AÑO
LUKER DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	PAÍS	28	9	1968
MUNICIPIO	Antioquia	Colombia	DIRECCION RESIDENCIA ACTUAL		
Calle 45 A N° 74-40 (Floridablanca)			TELEFONO		
SEXO	TALLA	PESO			
<i>Mujer</i>					
MTS.		Kg.			
CEDULA NO.	DE	LIBRETA MILITAR No.	LICENCIA VEHICULO No.	CLASE	LICENCIA MOTO No.
<i>42'896-301</i>	<i>Envigado</i>		<i>2050377</i>	<i>03</i>	
ESTADO CIVIL	NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE				
<i>Soltera.</i>					
NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE				
<i>Eduardo Arviro Calle Montoya</i> <i>Nubia Amparo Gómez Fernández</i>					
DIRECCION TRABAJO ACTUAL					



II. EDUCACION..

ESTUDIOS / ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	AÑO APROBAD.	TITULO OBTENIDO	AÑO
PRIMARIOS <i>Colégio "La Enseñanza"</i>	<i>Medellín</i>			
SECUNDARIOS <i>Colégio "Sra Mª del Rosario"</i>	<i>Medellín</i>		<i>Bachiller</i>	
TECNICOS <i>Universidad Pontificia Bolivariana</i>				
DE ESPECIALIZACION <i>Post- Grado Derecho Procesal</i>	<i>Medellín</i>		<i>Derecho y Ciencias Políticas 1.990</i>	
CATEGORIA ESCALAFON	PRIMARIA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIN	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIN
OTROS				

FG-8401

III. EMPLEOS ANTERIORES.

EMPLEOS	ACTUAL	ULTIMA	PENULTIMA	ANTEPENULTIMA
NOMBRE DE LA EMPRESA				Hippocampus S.A.
CARGO OCUPADO				Asesora
ULTIMO SUELDO				Comisiones.
FECHA INGRESO				
FECHA RETIRO				
NOMBRE JEFE INMEDIATO				
TELEFONO				
MOTIVO DEL RETIRO				Voluntario.
SI HA TRABAJADO EN ENTIDADES PUBLICAS ESPECIFIQUE A CONTINUACION				
ENTIDAD	DESDE	HASTA		
Contraloría General de Antioquia	Agosto de 1992.	Febrero de 1996.		

IV. REFERENCIAS PERSONALES.

NOMBRES Y APELLIDOS	OCCUPACION	TELEFONO
Doctor William Fernando Parsons.	Director Académico U.P.B.	415-90-90.
Doctor Luis Fernando Muñoz.	Abogado Independiente.	311-47-95.
Doctor Juan Guillermo Herrera.	Abogado Independiente.	252-64-90.

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

*[Handwritten signatures]*

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

MATRICULA PROFESIONAL No. 71486.

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:	
RESULTADOS _____	
ES APTO. PARA EL CARGO DE _____	
FECHA _____	FIRMA _____

*[Handwritten signature]*

## VI. VERIFICACION DE REFERENCIAS.

## LABORALES.

1.

2.

3.

## OBSERVACIONES

## PERSONALES.

1.

2.

3.

## OBSERVACIONES

## VII. PRUEBAS EN EL DEPTO DE BIENESTAR LABORAL.

## SICOLOGICAS

## DE APTITUDES GENERALES

## DE CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS

## ENTREVISTA

## REQUISITOS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SEGUN EVALUACION DE OFICIOS

CURVA \_\_\_\_\_ GRADO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_ GRADO DE EXPERIENCIA \_\_\_\_\_

OTROS REQUISITOS \_\_\_\_\_

EL SOLICITANTE NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ CUMPLE LOS REQUISITOS DEL ACUERDO No \_\_\_\_\_

DECRETO No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES	
FECHA	
<i>Gonzalo Escudero</i>	
TECNICO EN SELECCION Y ENGANCHE	JEFE DEPARTAMENTO

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

EL SOLICITANTE NO	XX	SI	ESTUVO VINCULADO AL MUNICIPIO DE MEDELLIN DURANTE EL (LOS SIGUIENTE(S) PERIODO(S) :																																																	
PERSONAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DESDE</th> <th colspan="3">HASTA</th> <th colspan="3">DESDE</th> <th colspan="3">HASTA</th> <th>CODIGO TRABAJADOR</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			DESDE			HASTA			DESDE			HASTA			CODIGO TRABAJADOR	DIA	MES	AÑO																																	
	DESDE			HASTA			DESDE			HASTA			CODIGO TRABAJADOR																																							
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO																																									
ARCHIVO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO																																					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO																																									

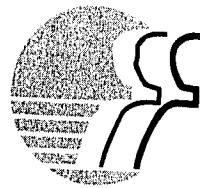
OBSERVACIONES	
Medellín, 11 de marzo de 1996	
FIRMA (DEPTO. DE PERSONAL)	GONZALO ESCUDERO ESCUDERO Jefe Departamento de Archivo FIRMA (DEPTO. ARCHIVO)

IX. Vo.Bo. DE RELACIONES LABORALES.

Vo. Bo. U OBSERVACIONES
<i>Gonzalo Escudero</i>
FECHA

X. APROBACION DE LA SECRETARIA O DEPTO. ADMINISTRATIVO.

EL SOLICITANTE HA SIDO ELEGIDO PARA EL CARGO DE:	<i>Alcalde Constitución</i>
23 Febrero 1996	<i>Gonzalo Escudero</i>
FECHA	<i>Gonzalo Escudero</i>



República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
**Función Pública**

Concurso No. \_\_\_\_\_  
Consecutivo \_\_\_\_\_

# FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1995)



ENTIDAD RECEPTORA



Municipio de Medellín

## INFORMACION BASICA

### I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Catela</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Gómez</i>	NOMBRES <i>Silvana Mano</i>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> 2 T.I. <input type="checkbox"/> 3 NUMERO <i>42'896-301</i>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE NAL. <input type="checkbox"/> 2 EXTRANJERO <input type="checkbox"/> 3 PAIS EXTRANJERO
SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 2	LIBRETA MILITAR CLASE <input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> <input checked="" type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup>	NUMERO D.M.
DEPARTAMENTO <i>Antioquia</i>	MUNICIPIO <i>Medellín</i>	PAIS DE NACIMIENTO <i>Colombia</i>
PAIS DE RESIDENCIA <i>Colombia</i>	DEPARTAMENTO <i>Antioquia</i>	FECHA DE NACIMIENTO <i>28 / 09 / 68</i>
DIRECCION RESIDENCIA <i>Calle 95 A N° 77-40</i>	TELEFONOS <i>4130508</i>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> 2 OTRO <input type="checkbox"/> 3 PERSONAS A CARGO <i>2</i>

### II. FORMACION ACADEMICA

#### 1. EDUCACION BASICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO. (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º Y 11º DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA).

EDUCACION BASICA		MEDIA	TITULO OBTENIDO
PRIMARIA	SECUNDARIA		
1 <sup>a</sup> 2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup> 4 <sup>a</sup> 5 <sup>a</sup> 6 <sup>a</sup> 7 <sup>a</sup> 8 <sup>a</sup> 9 <sup>a</sup> 10 <sup>a</sup> 11 <sup>a</sup>			<i>Bachiller en Colegio Sta. María del Rosario.</i>

#### 2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO.  
EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA: "TC" (TECNICA), "TL" (TECNOLOGICA), "TE" (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" (ESPECIALIZACION), "MG" (MAESTRIA O MAGISTER), "DC" (DOCTORADO O PHD).

MODALIDAD ACADEMICA	SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO					
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
	10	X	<i>Ingeniería y Ciencias Políticas</i>					

\* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MODULOS, CREDITOS O AÑOS CONVIERTALOS EN SEMESTRES  
SI SU O SUS PROFESIONES ESTAN REGLAMENTADAS, DILIGENCIE ESTE CUADRO

PROFESION O TITULO <i>Ingeniería y Ciencias Políticas</i>	No. DE LA MATRICULA O TARJETA PROFESIONAL <i>#1486</i>

### III. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y SITUACION LABORAL

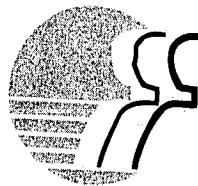
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA			VINCULADO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	AÑOS	MESES	DIAS	
SERVIDOR PUBLICO				
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO				
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA				
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA				

INDIQUE EL NOMBRE DE LA ULTIMA ENTIDAD PUBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE LABORO O LABORA COMO SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

*Secretaría de Educación y Cultura Municipal.*

-EMPLEADOR O CONTRATANTE-

FORMA FUHV 001



República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
**Función Pública**

FORMATO UNICO  
**HOJA DE VIDA**

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA



Municipio de Medellín

INFORMACION DETALLADA

IV. FORMACION ACADEMICA

A PARTIR DEL CUADRO II SOBRE "FORMACION ACADEMICA", DE LA HOJA DE INFORMACION BASICA, COMPLEMENTE LOS DATOS DE FECHAS DE TERMINACION, ESTABLECIMIENTOS Y MUNICIPIOS DONDE CURSO LOS ESTUDIOS DE EDUCACION BASICA, MEDIA Y EDUCACION SUPERIOR.

1. EDUCACION BASICA MEDIA

FECHA DE TERMINACION	MES	AÑO	ESTABLECIMIENTO DONDE CURSO EL ULTIMO AÑO	MUNICIPIO
			Colégio Santa María del Rosario.	Medellín.

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

MODALIDAD ACADEMICA	TERMINACION	ESTABLECIMIENTO	MUNICIPIO
	MES AÑO		
UN		Universidad Pontificia Bolivariana	
ES 12 95		Universidad Pontificia Bolivariana	Medellín.

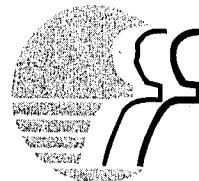
3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADO, ESTUDIOS DE EDUCACION NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMAS ESTUDIOS QUE PUEDE COMPROBAR MEDIANTE CERTIFICADOS.

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
-Curso Básico de Computadoras (Word, Windows, Excel, Access, Foxpro)	Sistemas Plus de Colombia	90.	1999
-Código Disciplinario Unicoo.	Personería de Medellín		1995
-Curso reacondicionado para ingresar a la fiscalía.	Universidad de Medellín		
-Curso relacionado con la Ley 900 de 1993, dictado por diversos funcionarios del Departamento de Antioquia	- Autorario (Gobernación de Ant.)		
-Curso de Seguros	- Contraloría General de Antioquia		
- Seminario sobre la Ley 100 en el Sector público realizado por la Asociación de Abogados Laboristas de los Trabajadores	- SEWA		

-EMPLEADOR O CONTRATANTE-

FORMA FUHV 001



República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
**Función Pública**

# FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA



Municipio de Medellín

## INFORMACION DETALLADA

### V. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES E IDIOMAS

#### 1. PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES REALIZADAS

- Estudio a numerosarios sobre "La justificación Coactiva en los Entes Contratadores"
- El aberto en Colombia

#### ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS QUE: HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
Inglés	X			X			X			actualmente ciudadano en el Colombia Americano.

### VI. EXPERIENCIA LABORAL

#### TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO.  
 B) PARA DEDICACION: TC = TIEMPO COMPLETO MT= MEDIO TIEMPO TP= TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACION (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)  
 C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NÚMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS:  
 01 TERMINACION DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO VENCIMIENTO DEL PERÍODO  
 02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMENTO DEL CONTRATISTA  
 03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMENTO DEL CONTRATANTE  
 04 CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESION DEL CARGO  
 05 CESE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MAS DE 120 DIAS  
 06 ABANDONO DEL CARGO  
 07 DECISION UNILATERAL O DECLARACION DE INSUBSTANCIA  
 08 SENTENCIA EJECUTORIA, REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO  
 09 JUBILACION O PENSION DE INVALIDEZ  
 10 RENUNCIA VOLUNTARIA O POR MUTUO ACUERDO

#### EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

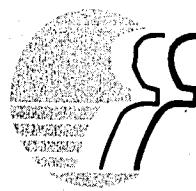
EMPRESA O ENTIDAD	Sociedad de Educación - Municipio de Medellín.			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	Antioquia			X	2	Colombia
TELEFONOS	4130508 3811469	FECHA DE INGRESO	22/02/196	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACION	DIRECCION
				TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> 2 TP <input type="checkbox"/> 3 OD <input type="checkbox"/> 4	ESPECIFIQUE 'OD'	Calle 42 N° 48-55 (edif ATLAS)
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Abogada coordinadora.			DEPENDENCIA		

#### EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD	Contraloría General del Antioquia			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	Antioquia			X	2	Colombia
TELEFONOS	385 8740	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACION
					TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> 2 TP <input type="checkbox"/> 3 OD <input type="checkbox"/> 4	ESPECIFIQUE 'OD'
ULTIMO CARGO O CONTRATO	Abogado Sociedad General Administrativa			DEPENDENCIA		
EMPRESA O ENTIDAD	Contraloría General de Antioquia			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	Antioquia			X	2	Colombia
TELEFONOS	385 8735	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACION
					TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> 2 TP <input type="checkbox"/> 3 OD <input type="checkbox"/> 4	ESPECIFIQUE 'OD'
ULTIMO CARGO O CONTRATO	Abogada asesora			DEPENDENCIA		
	Oficina Jurídica					

-EMPLEADOR O CONTRATANTE-

FORMA FUHV 001



República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
**Función Pública**

FORMATO UNICO  
**HOJA DE VIDA**

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA



Municipio de Medellín

## INFORMACION DETALLADA

## VI. EXPERIENCIA LABORAL (CONTINUACION)

EMPRESA O ENTIDAD <i>Procuraduría General de Antioquia</i>	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> 2 <i>Colombia</i>				
DEPARTAMENTO <i>Antioquia</i>	MUNICIPIO <i>Medellín.</i>	DIRECCION			
TELEFONOS <i>3858736</i>	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> 2 TP <input type="checkbox"/> 3 OD <input type="checkbox"/> 4	ESPECIFIQUE "OD"
ULTIMO CARGO O CONTRATO <i>Abogada Investigadora</i>	DEPENDENCIA <i>Jurisdicción Coacava</i>			C.R.	
EMPRESA O ENTIDAD <i>Procuraduría General de Antioquia</i>	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> 2 <i>Colombia</i>				
DEPARTAMENTO <i>Antioquia</i>	MUNICIPIO <i>Medellín.</i>	DIRECCION			
TELEFONOS <i>3858728</i>	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> 2 TP <input type="checkbox"/> 3 OD <input type="checkbox"/> 4	ESPECIFIQUE "OD"
ULTIMO CARGO O CONTRATO <i>Abogada Investigadora</i>	DEPENDENCIA <i>División Responsabilidad Fiscal.</i>			C.R.	
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION			
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACION TC <input type="checkbox"/> 1 MT <input type="checkbox"/> 2 TP <input type="checkbox"/> 3 OD <input type="checkbox"/> 4	ESPECIFIQUE "OD"
ULTIMO CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			C.R.	

## VII. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI  NO  ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSAS DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL DE LA LEY 190/95.

OBSERVACIONES

*[Signature]*

## VIII. FIRMA DEL ASPIRANTE

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5º DE LA LEY 190/95).

*[Signature]*

FIRMA

## IX. OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE PERSONAL

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE EL ASPIRANTE HA PRESENTADO COMO SOPORTE. (ARTICULO 4º DE LA LEY 190/95).

LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

NOMBRE Y FIRMA JEFE DE PERSONAL

-EMPLEADOR O CONTRATANTE-

FORMA FUHV 001

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL  
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

TARJETA N°. 71486 FECHA DE EXPEDICION 95/04/25 C.C. N°. 42896301  
NOMBRE LILIANA MARIA CALLE GOMEZ  
TRIBUNAL SUPERIOR PROVIDENCIA FECHA 94/05/20 UNIVERSIDAD  
MEDELLIN P.B/RIANA

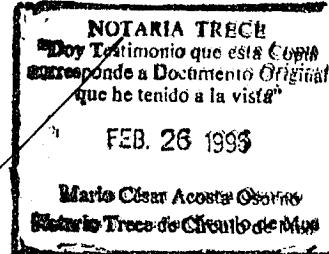


PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

14370

7  
Esta tarjeta es documento público y se expide de conformidad al Decreto 2652 de Nov. 25/91.

Si esta Tarjeta es encontrada por favor enviarla al Consejo Superior de la Judicatura.





2

Municipio de Medellín

**DECLARACION SOBRE INFORMACION ECONÓMICA**  
*(Decreto 2150 de 1995)*

Para rendir declaración sobre su información económica se hizo presente ante la División Administrativa de la Secretaría de Educación y Cultura de Medellín, la señora LILLIANA MARÍA CALLE GÓMEZ, identificada con la cédula No 42.896.301 de Envigado (Ant), de estado civil soltera, residenciada en la Calle 45A No. 77 40 Barrio Florida Nueva, quien manifestó lo siguiente :

Los nombres de mis padres son: Evelio Arturo y Nubia Amparo (ambos vivos), tengo un (1) hermano: Juan Felipe . Actualmente vivo con mi madre.

No poseo propiedad raíz, no poseo vehículo automotor, poseo cuenta de ahorros en Conavi y en Concasa. Tengo una obligación bancaria con el Banco Nacional del Comercio.

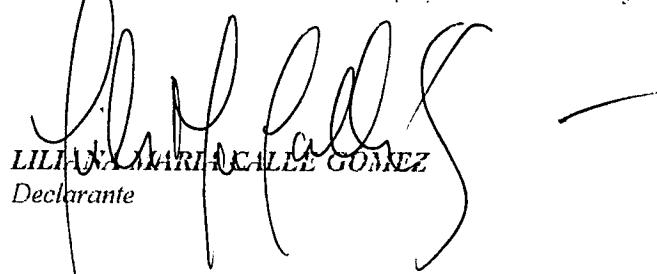
Mis ingresos durante 1995 fueron de apróximadamente \$9'000.000.

Soy socia de una sociedad de responsabilidad limitada, llamada Lifec Limitada.

No poseo ninguna clase de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal .

Dada en Medellín a los veintiseis (26) días del mes de febrero de 1996.

LILLIANA MARIA CALLE GOMEZ  
Declarante  
Autentica:



ALCALDÍA DE MEDELLÍN...  
**EN EQUIPO CON USTED**



Municipio de Medellín

Secretaría de Servicios Administrativo  
Departamento Médico y Odontológico  
Salud Ocupacional

CERTIFICADO MEDICO DEL EXAMEN DE INGRESO

Nombre: LILIANA MARIA CALLE GOMEZ C.C.: 42.896.301

DIA	MES	AÑO
7	III	96

De acuerdo con el EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL, practicado por el médico de esta institución,  
el examinado presenta:

1. AMIGDALECTOMIA
2. RINO-SEPTOPLASTIA
3. DEFECTO REFRACTIVO OCULAR LEVE
4. CITOLOGIA CON HONGOS
5. RINITIS ALERGICA
6. POLIPOS NASALES
7. QUERATOSIS PLANTAR

OBSERVACIONES:

Firma del Aspirante  
C.C. 42.896.301

Firma Médico de la Institución  
Registro N° 2107

Reg. 2107

Dr. Francisco J. Gómez C.

MEDICO U. D. A.

ALCALDÍA DE MEDELLÍN...  
**EN EQUIPO CON USTED**

# CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA

## COLECTIVO OBLIGATORIO

16

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). LILIANA MARIA CALLE GOMEZ 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

### DIRECCION E IDENTIFICACION

A NUBIA GOMEZ FERNANDEZ (MADRE)	la cuota de	100	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
A _____	la cuota de	_____	o/o
TOTAL _____			

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.

Jefe Depto de Personal

Medellín, AB de MARZO DE 1996 de 198 \_\_\_\_\_  
Asegurado

Testigo

Testigo

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

**INFORME DE NOVEDADES DE PERSONAL  
TIPO A**

23

DIA	MES	AÑO

512/96

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

CALLE GOMEZ

LILIANA MARIA

CARGO A DESEMPEÑAR ABOGADO COORDINADOR	SECRETARIA EDUCACION Y CULTURA
DIVISION ADMINISTRATIVA	DEPARTAMENTO
SP. D.N.	GRUPO

CAUSA Y FECHA DE LA NOVEDAD

SE NOMBRAMA POR DECRETO 237 DE FEBRERO 18 DE 1996

A PARTIR DEL		HASTA EL		TIEMPO TOTAL		ELABORADO POR	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		DIAS

22-02-96 / 23-02-96 /

RELACIONES LABORALES	DEPENDENCIA	DEPTO. DE PERSONAL
----------------------	-------------	--------------------

DATOS PARA DILIGENCIAR EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL										
F. DE NACIM.	SEXO									
		DIA	MES	AÑO	M	F	C.C. 42-896-301			
28-09-68		X	LIBRETA MILITAR		CLASE	DISTRITO	No. DE PERSONAS A CARGO	RECIBE	NO RECIBE NI CEDE	CEDE
ESTADO CIVIL		Soltero	Casado	Vludo	NOMBRE DEL CONYUGE					
CODIGO DE DEPENDENCIA		00207200000		CODIGO OFICIO	14014		FACTOR HORA \$ 3620.00	SALARIO MES \$ 820.877.86		
CONTRATO No.				DECRETO No.		14014	RESOLUCION No.	ACTA No.		

626 ELABORO	INFORMO	13-03-96. FECHA RECIBO - PERSONAL
REVISOR (DPTO. PERSONAL)	AUDITORIA	



Municipio de Medellín

21

Medellin, 11 de marzo de 1996

Señores  
DEPARTAMENTO DE PERSONAL  
Municipio de Medellin  
Medellin

Distinguidos Señores:

Me permito informarles que la doctora LILIANA MARIA CALLE GOMEZ, con cédula No. 42'896.301 de Envigado, está laborando como Abogada Coordinadora en la Secretaría de Educación y Cultura, desde el 23 de febrero del presente año, por necesidad del servicio.

Lo anterior para efectos de reconocimiento del salario respectivo.

Cordialmente,

LUIS PEREZ GUTIERREZ  
Secretario de Educación y Cultura

Luz Aidé S.

ALCALDÍA DE MEDELLÍN...  
**EN EQUIPO CON USTED**



RIESGOS PROFESIONALES  
COLMENA  
COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.  
INT 800 226 1153

20

## FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DE INGRESO DE TRABAJADORES

Nº 038379

LUGAR DE PRESENTACION MEDELLIN	FECHA 15 MES AÑO 05 96
-----------------------------------	------------------------------

CONTRATO No. 03049

Tipo de Novedad: 3-01

NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR  
MUNICIPIO DE MEDELLIN

SEDE DE TRABAJO CODIGO 310	NOMBRE EDUCACION	DIRECCION CL 44 NO 52 165	COD. CIUDAD 001 MEDELLIN	DPTO 005 ANTIOQUIA
----------------------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------

DATOS DE LA EMPRESA

FECHA DE INGRESO 1998 03 MES 96	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> 42.896.301	APELLOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL TRABAJADOR CALLE GOMEZ LILIANA MARIA		
FECHA NAC. 28 09 68	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CARGO ABOGADA COORDINADORA	SALARIO \$ 880.877	
RAZON SOCIAL DE LA E.P.S. A LA QUE PERTENECE ISS		RAZON SOCIAL DE LA A.F.P. A LA QUE PERTENECE COD. ISS	RAZON SOCIAL DE LA ARP ANTERIOR COD. ISS	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

IDENTIFICACION 01.C.C. 02.T.I. 03.C.E.	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	FECHANAC. DIA MES AÑO	SEXO
TIPO NUMERO				

RECUERDE Sr. TRABAJADOR: LOS BENEFICIARIOS QUE USTED DEBE RELACIONAR SON LOS DE LEY (Verá el respaldo).

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	RECIBIDO EN LA ARP COLMENA
<p>FIRMA</p> <p>NOMBRE LUIS ERNESTO LOPEZ ROJAS</p> <p>NOMBRE 71709299</p> <p>C.C. AUXILIAR DE POSESIONES</p>	<p>FECHA _____</p> <p>POR: _____</p> <p>SUCURSAL: _____</p> <p>Sucursal Medellin</p> <p>Riesgos Profesionales Colmena</p> <p>FIRMA _____</p>
EMPLEADOR	<p>REV.9502 SVC.06.95.007</p> <p>Riesgos Profesionales COLMENA Pendiente por Verificar Información</p>

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



**SOLICITUD DE VINCULACION  
PENSIONES, SALUD, RIESGOS PROFESIONALES**

002018210353

CIUDAD MEDELLIN	FECHA 96 03 13	SECCIONAL 0 5	PROMOTOR 0 0 0 0 0 0	RECEP. 0 0 0 0 0 0
--------------------	-------------------	------------------	-------------------------	-----------------------

22

FECHA, SELLO Y CONSECUTIVO DE RECEPCION:	
SEGURIDAD SOCIAL AFILIACION Y REGISTRO	CONSECUTIVO
MAR 14	9 30 AM '96

**1 I - TRANSACCION**



AFILIACION  ACTUALIZACION O MODIFICACION

**2**

VINCULACION REGIMEN PENSIONES  1 VEZ  CAMBIO A.F.P.

ADMINISTRADORA ANTERIOR

NIT.  DV

HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS DEL SECTOR PUBLICO?

SI  NO

CUAL \_\_\_\_\_  
CUAL \_\_\_\_\_

NIT.  DV

VINCULACION SALUD  1 VEZ  CAMBIO EPS

PROMOTORA ANTERIOR

NIT.  DV

VINCULACION RIESGOS PROFESIONALES

NIT.  DV

**II - INFORMACION DEL INTERESADO**

**3 DATOS GENERALES**  
PRIMER APELLIDO  
CALLE

SEGUNDO APELLIDO  
GOMEZ

NOMBRES  
LILIANA MARIA

INGRESO MENSUAL  
\$ 880.877

SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> S	SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	SITIO ATENCION DE SALUD OCIDENTE	Nº DOC. IDENTIDAD 4 2 8 9 6 3 0 1	DV	FECHA NACIMIENTO 68 09 28	NACIONALIDAD COLOMBIANO (A)
DIRECCION DONDE LABORA CL 44 NO 52 165		CIUDAD/MUNICIPIO MEDELLIN 0 0 1		DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	CODIGO 0 5 1 0 2 9	TELEFONO 0 5 3855690
DIRECCION RESIDENCIA CL 45 NO 77 40		CIUDAD/MUNICIPIO MEDELLIN 0 0 1		DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	CODIGO 0 1 5 4 1 3 0 5 0 8	TELEFONO 0 5 3855690
4 MODALIDAD DE TRABAJO INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONOMICA OCCUPACION Y CARGO ACTUAL ABOGADA COORDINADORA	CODIGO	ENTIDAD AGRUPADORA	NIT	DV
DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR MUNICIPIO DE MEDELLIN	3 C.C. <input type="text"/> NIT <input type="text"/>	5 2 1 1 1 0 0 1	DV SUCURSAL	ACT. ECONOMICA
5 EMPLEADOR: DIRECCION DE LA EMPRESA CL 44 NO 52 165		CIUDAD/MUNICIPIO MEDELLIN	CODIGO 0 1	DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	CODIGO 0 5	TELEFONO 3855690

**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	COLEGIO PARENTESCO	
1						AÑO 	MES 	DIA 	F M
2									
3									
4									
5									
6									

**IV - FIRMAS**

INTERESADO AFILIADO SALUD Y/O RIESGOS PROFESIONALES  
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 COMUNICADOS SON VERDADEROS

FIRMA SOLICITANTE

INTERESADO AFILIADO PENSIONES  
HAGO CONSTAR QUE LA SELECCION DEL REGIMEN COLONIAO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES, MANIFESTO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPONIDOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS

FIRMA SOLICITANTE

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.

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.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL  
O PERSONA AUTORIZADA

LUIS ERNESTO MOPIT INDIA  
NOMBRE Auxiliar de Posesiones Personal

**INFORME DE NOVEDADES DE PERSONAL**

**TIPO A**

DIA	MES	AÑO
28	8	96

**CARGO DE LIBRE NOMBRAMIENTO**

1. INGRESO   
 PROPIEDAD  
 2. ENCARGO   
 3. PROMOCION   
 4. TRASLADO   
 5. DESEMPLEO   
 6. CAMB. DE DENOMINACION   
 7. COMISION

**CARGO DE CARRERA**

1. INGRESO  PROPIEDAD  
 PROVISIONALIDAD  
 PERIODO DE PRUEBA   
 2. ENCARGO  VACANTE DEFINITIVA  
 VACANTE TEMPORAL   
 3. PROMOCION   
 4. TRASLADO   
 5. DESEMPLEO   
 6. CAMBIO DE DENOMINACION

**MOTIVO DE DESEMPLAZO**

1. RENUNCIA   
 2. TERMINAC. CONTRATO   
 3. INSUBSTINTE   
 4. DESTITUCION   
 5. DEFUNCION   
 6. INVALIDEZ

APELIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
 CALLE GOMEZ LILIANA MARIA

**CARGO A DESEMPEÑAR**

ABOGADO COORDINADOR

SECRETARIA  
 SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA

**DIVISION**

DIVISION ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO

**SECCION**

GRUPO

**CARGA Y FECHA DE LA NOVEDAD**

Cambia de curva salarial de la 12D a la 18A, segun decreto 749 de junio 21 de 1996.

96. A partir de julio 2 de 1996.

DIA	MES	AÑO	HASTA EL			TIEMPO TOTAL	
			DIA	MES	AÑO	DIAS	HORAS

ELABORADO POR

RELACIONES LABORALES

DEPENDENCIA

DEPTO. DE PERSONAL

**DATOS PARA DILIGENCIAR EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL**

FECHA DE NACIM. SEXO

MES

AÑO

M

F

C.C. 42896301 DE

ESTADO CIVIL

Soltero

Casado

Viudo

LIBRETA MILITAR  
NOMBRE DEL CONYUGE

CLASE

DISTRITO

NO. DE PERSONAS  
A CARGO

RECIBE

NO RECIBE  
NI CEDE

CEDE

CODIGO DE  
DEPENDENCIA

0020720000

CODIGO  
OFICIO 14104

FACTOR  
HORA \$

SALARIO  
MES \$

CONTRATO No.

DECRETO No.

RESOLUCION No.

ACTA No.

ELABORO

INFORMO

FECHA RECIBO - PERSONAL

REVISOR (DPTO. PERSONAL)

AUDITORIA



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

**FECHA ELABORACION**

ANO	MES	DIA
96	09	02

**AFILIACION TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO**

**NIT O.C. EMPLEADOR** 500905211 **NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR** *Herrera & De Herrera*

ESTA FORMA NO REQUIERE PAPEL ARBON PARA DILIGENCIALA

**SENALAR CON X LA AFILIACION QUE SE VERA A REALIZAR**

1	Para recibir subsidio familiar monetario (Anexar documentos relacionados al reverso de la copia).	Por primera vez	Para recibir tarjeta de servicios únicamente (No requiere documentos).	Por primera vez
				Por nuevas personas a cargo

**AFILIACION TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO**

SENALAR CON X LA AFILIACION QUE SE VERA A REALIZAR

1	Para recibir subsidio familiar monetario (Anexar documentos relacionados al reverso de la copia).	Por primera vez	Para recibir tarjeta de servicios únicamente (No requiere documentos).	Por primera vez
				Por nuevas personas a cargo

**DATOS DEL EMPLEADOR**

**NIT O.C. EMPLEADOR** 500905211 **DIRECCION EMPLEADOR** *Centro de Empresarios*

**DATOS DEL TRABAJADOR**

CEDULA DEL TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	ESTADO CIVIL	SEXO	TIPO SALARIO		
						1. SOL	2. UNION VIVIENTE	3. UNION VIVIENTE FELIC
47.818.306	CHE	ROBERTO	LILIANA BIANCA	S. UNIÓN VIVIENTE	F	\$ 1.033.093	BASICO MES	PARCIAL

**HORAS TRABAJADAS INGRESOS EMPRESA**

**NIIT EMPLEADOR** 46.02.23 **DIRECCION RESIDENCIA** *Carretera 44 km 57 - 165 Apartamento*

**SI TRABAJA CON OTRO EMPLEADOR SUMINISTRE LOS SIGUIENTES DATOS:**

NIIT O.C. EMPLEADOR	NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR	TELEFONO EMPLEADOR	TIPO SALARIO	HORAS TRABA-JADAS MES	INGRESO EMPRESA	CARGO U OFICIO
			1 \$ BASICO MES	FIJO 2 \$ PROMEDIO MES	VARIABLE	

**CONYUGE O COMPAÑERO (A) TRABAJA: SI  NO**  EN CASO AFIRMATIVO FAVOR SUMINISTRARE LOS SIGUIENTES DATOS

NIIT EMPLEADOR	C.C. CONYUGE O COMPANERO (A)	NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR	TELEFONO EMPLEADOR	TIPO SALARIO	HORAS TRABA-JADAS MES	INGRESO EMPRESA	CARGO U OFICIO

**DATOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTA AFILIADO**

GPO. FAMILIAR	DIRECCION RESIDENCIA	BARrio	MUNICIPIO	TELEFONO	ZONA

**PERSONAS A CARGO**

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE LAS PERSONAS A CARGO	DOCUM	CEDEUL	PRUEBA IDENT.	NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS A CARGO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	CONDICION U OCUPACION
1 2	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE COMPLETO	M. F	AÑO MES	HIJASTRO	ESTUDIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	T	G	3

<b>FECHA Y SELLO DEL EMPLEADOR</b>	<b>FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR</b>	<b>SET. 17 1996</b>	<b>FECHA DE RECEPCION</b>	<b>REVISADO</b>
		<i>Recibido No. 1</i>		<i>Recibido No. 1</i>



SECRETARIA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

DIVISION DE RELACIONES LABORALES

MUNICIPIO DE MEDELLIN

A S U N T O: COMUNICACION DE DESEMPLEO

Señor LILIANA MARIA CALLE GOMEZ

Me permito comunicarle que por medio de EL DECRETO 1242 DE OCTUBRE 7 DE 1996, SE TERMINA LA PROVISIONALIDAD

CARGO DE ABOGADO COORDINADOR

SECCION \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

DIVISION ADMINISTRATIVA

SECRETARIA EDUCACION Y CULTURA

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, 16 de octubre 96  
de 19\_\_\_\_\_

El Director de Relaciones Laborales

OFICIAL DE ESTADO POR  
GARANTIA DEL DERECHO A  
LA TRABAJO Y LAS  
RELACIONES LABORALES  
MUNICIPIO DE MEDELLIN

SA-1663

**INFORME DE NOVEDADES DE PERSONAL  
TIPO A**

33

DIA	MES	AÑO

CARGO DE LIBRE NOMBRAMIENTO		CARGO DE CARRERA		MOTIVO DE DESEMPLEO	
1. INGRESO	<input type="checkbox"/>	1. INGRESO	<input type="checkbox"/>	1. RENUNCIA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PROPIEDAD		PROPIEDAD		2. TERMINAC. CONTRATO	<input type="checkbox"/>
2. ENCARGO	<input type="checkbox"/>	2. ENCARGO	<input type="checkbox"/>	3. INSUBSTANTE	<input type="checkbox"/>
3. PROMOCION	<input type="checkbox"/>	3. PROMOCION	<input type="checkbox"/>	4. DESTITUCION	<input type="checkbox"/>
4. TRASLADO	<input type="checkbox"/>	4. TRASLADO	<input type="checkbox"/>	5. DEFUNCION	<input type="checkbox"/>
5. DESEMPLEO	<input type="checkbox"/>	5. DESEMPLEO	<input type="checkbox"/>	6. INVALIDEZ	<input type="checkbox"/>
6. CAMB. DE DENOMINACION	<input type="checkbox"/>	6. CAMBIO DE DENOMINACION	<input type="checkbox"/>		

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
CALLE GOMEZ

LILIANA MARIA

CARGO A DESEMPENAR

ABOGADO COORDINADOR

SECRETARIA  
EDUCACION Y CULTURA

DIVISION

ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO

SECCION

GRUPO

CAUSA Y FECHA DE LA NOVEDAD

SE TERMINA LA PROVISIONALIDAD POR DECRETO 1242 DE OCTUBRE 7 DE 1996

A PARTIR DEL			HASTA EL			TIEMPO TOTAL	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIAS	HORAS
18	10	96					

ELABORADO POR

*Liliana Gomez*  
RELACIONES LABORALES

DEPENDENCIA

DEPTO. DE PERSONAL

ES PARA DILIGENCIAR EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

FECHA DE NACIM.	SEXO	C.C. 42.896.301	LIBRETA MILITAR	CLASE	DISTRITO	No. DE PERSONAS A CARGO	RECIBE	NO RECIBE NI CEDE	CEDE	
DIA	MES									AÑO
Soltero	Casado	Vludo								
ESTADO CIVIL					NOMBRE DEL CONYUGE		FACTOR HORA \$		SALARIO MES \$	
					CÓDIGO OFICIO					
					CONTRATO No.		DECRETO No.		RESOLUCION No.	
									ACTA No.	

ELABORO

INFORMO

FECHA RECIBO - PERSONAL

REVISOR (DPTO. PERSONAL)

AUDITORIA



Municipio de Medellín

Leyendo 2.30  
mh

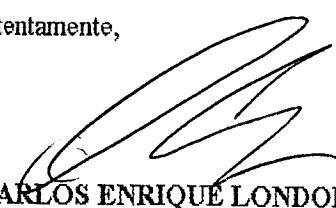
Medellín, 15 de octubre de 1996

Señores  
**DEPARTAMENTO DE PERSONAL**  
Municipio de Medellín  
Medellín

Respetados Señores:

Me permito informarle que la doctora Liliana María Calle Gómez, con cédula de ciudadanía número 42'896.301 de Envigado, laboró como Abogada Coordinadora en la División Administrativa de la Secretaría de Educación y Cultura, hasta el 16 de octubre del presente año.

Atentamente,

  
**CARLOS ENRIQUE LONDOÑO AMARILES**  
Director División Administrativa  
"EDÚCAME"

21 OCT 1996

ALCALDÍA DE MEDELLÍN...  
**EN EQUIPO CON USTED**

MUNICIPIO  
DE  
MEDELLIN

NOMINA GENERAL

22/10/96

SECRETARIA  
DE  
SS AA

HOJA DE SERVICIOS PERSONAL VINCULADO

NOMBRE CALLE GOMEZ LILIANA MARIA

CEDULA

42896301

CARGO ACTUAL ABOGADO COORDINADOR

CATEGORIA

1

FACTOR HORA 4245.588

GRUPO Y CURVA 18 A

JORNADA

112

DEPENDENCIA 0020720000 COD-PAGADOR 310

HORAS INCAPACIDAD	0	VALOR INCAPACIDAD	-0.00
SUBSIDIO DE TRANSPORTE	1.320.00	GASTOS DE REPRESENTACION	0.00
VALOR VIATICOS	0.00	AGUINALDO	0.00
PRIMA DE VACACIONES	0.00	PRIMA DE VIDA CARA	516,547.00
PRIMA DE NAVIDAD	0.00	PRIMA DE NAVIDAD AÑO ANTERIOR	0.00
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	0.00	TOTAL DEVENGADO	7,815,043.00
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	0	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	00
DIAS SERVIDOS MUNICIPIO	0	EN OTRAS ENTIDADES	0
HORAS ORDINARIO DIURNO	234 / 1872	VALOR ORDINARIO DIURNO	7,297,176.00
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	0.00
VALOR SUPLEMENTO ALIM.	0.00	FECHA ULTIMO ASCENSO	000000
VLR AUX HIJOS INVALIDOS	0.00	FECHA ULTIMO TRASLADO	020796

Reanocer 3 dias

21 NOV 1996

10-73



MUNICIPIO DE MEDELLIN

Código: 42-896.301

Dependencia: Educación

Asunto: CELESTICAS DEFENSIVAS

Licitación mun. calle Gómez

Fecha del 23-10-96 al \_\_\_\_\_

CL 47-A # 72-40

fsl f

SUELTO

✓ 1.033.093.08

Primer manzana

$$7 \times 1.033.093.08 \div 12 = 602.633.63 \text{ 1/12} \quad 50.219.00$$

Sub. ffe.

$$237 \times 5.98 = 1.417.66 \text{ 1/12} \quad 118.10$$

Primera mitad curva

$$46 \times 1.033.093.08 \div 360 = 132.000.33 \text{ 1/12} \quad 11.000.52$$

Primeras encrucijadas

$$237 \times 4245.588 \times 160 \div 360 = 441.035.88 \text{ 1/12} \quad 36.350.32$$

total 1.033.093.08 + 11.131.187.82



Municipio de Medellín

RESOLUCION NUMERO 4642 DE 1.996  
( Octubre 28 )

POR MEDIO DE LA CUAL SE LIQUIDAN UNAS PRESTACIONES SOCIALES DEFINITIVAS.

EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN

CONSIDERANDO

- 1- Que la señora LILIANA MARIA CALLE GOMEZ, con cédula de ciudadanía N° 42'896.301 de Envigado, laboró al servicio del Municipio de Medellín del 23 de febrero de 1996 al 17 de octubre de 1996, desempeñó el cargo de Abogado Coordinador en la División Administrativa de la Secretaría de Educación.
- 2- Que de conformidad con el Decreto Nacional 1160 de 1.947 y el Acuerdo 82 de 1.959 procede a realizarle la liquidación de las prestaciones sociales respectivas, así:

VACACIONES POR DESVINCULACION: 237 días, contados del 23 de febrero de 1996 al 17 de octubre de 1996, le dan derecho a 10 días, que se cuentan del 18 de octubre de 1996 al 31 de octubre de 1996, se suman 4 festivos, se descuenta 1 día que faltó, total días 14, son 112 horas a un factor hora de \$ 4.246,335, valen: \$ 475.590,00.

RECONOCER PRIMA DE VACACIONES: \$ 441.076,00.

CESANTIAS DEFINITIVAS: 248 días contados del 23 de febrero de 1996 al 17 de octubre de 1996, se suman 14 días por vacaciones y se descuenta 1 día que faltó, liquidados a razón de un salario de \$ 1'131.187,82 promedio, valen: \$ 779.263,00.

RECONOCIMIENTOS Y REINTEGROS.

RECONOCER: \$ 602.638,00 por prima de navidad de 1996.  
RECONOCER: \$ 101.894,00 por 3 días de salario de 1996  
RECONOCER: \$ 132.006,00 por prima de vida cara de 1996  
RECONOCER: \$ 97,00 por subsidio de transporte de 1996.

ASIGNACION BASE: \$ 1'131.187,82

ALCALDÍA DE MEDELLÍN...  
**EN EQUIPO CON USTED**



Municipio de Medellín

Continuación resolución n° 4642 del 28 de octubre de 1996.

- 2 -

TOTAL DE LA PRESTACION: \$ 2'532.564,00

VALOR TOTAL \$ 2'532.564,00

RESUELVE

1- RECONOCER a la señora LILIANA MARIA CALLE GOMEZ, con cédula de ciudadanía N° 42'896.301 de Envigado, por concepto de prestaciones sociales definitivas un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS. (\$ 2'532.564,00).

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

5- 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 Departamento de Personal y la Secretaría de Servicios Administrativos respectivamente.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

DIANA PATRICIA DURAN ZULUAGA

Jefe Departamento de Personal

BEATRIZ ELENA CASTAÑO ALZATE

Jefe Sección Administrativa

*Olivia Gallego Tabares*

Tramitadora-

ALCALDÍA DE MEDELLÍN...  
**EN EQUIPO CON USTED**

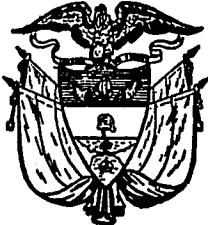
SOTIFIQUE la providencia anterior, ....  
Ed.... de 1.9.... al Sr. ....  
haciéndole saber que contra ella proceder los  
recursos de reposición y que no se le negará.  
Dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la  
notificación, ....  
*Liliña Páez*  
cc. 0410096-301 vigente.  
tel: 4130508

Renunció a tiempos.

DETALLE DE LA PERSONA (S) A LA QUE SE LE NOTIFICA

Medellín, ..... Día ..... de  
mil novecientos ..... .  
Como, encargado de ..... , hec.  
partes en ..... , con licencia minima legal  
1a m 4642

El Jefe de Personal,  
Sr. Jefe de la Sección



## Certificado de Registro Civil de Nacimiento

EL SUSCRITO NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO DE MEDELLIN,  
EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 115 DEL DECRETO 1260 DE 1.970

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL S.N.I.

### C E R T I F I C A :

Que en el Libro 137 folio 6644509 del Registro Civil de Nacimiento  
de fecha 17 de noviembre de 1.982 se encuentra inscrita el acta de Nacimiento  
de: LILIANA MARIA CALLE GOMEZ de sexo  
FEMENINO Que ocurrió el 28 de septiembre de 1.968 en el municipio de  
MEDELLIN. departamento de ANTIOQUIA República de Colombia  
Es hija de EVELIO ARTURO ANTONIO. y de NUBIA AMPARO DE C.

Exento de papel sellado y estampillas, Art. 13 Ord. 4o. Art. 26 Ord. 37 y Art. 65 de la Ley 2a.  
de 1976. Derechos Decreto 665 de 1.975

NIT #680928-00311

VALIDO UNICAMENTE PARA, estudio.

Medellín (Ant.) 19 de octubre. 1.9 84

*Elena Ortiz de Arboleda*  
ELENA ORTIZ DE ARBOLEDA  
Notaria Cuarta  
Sello Oficial de la Notaría Cuarta

06372