



F-105 FORMATO PENSIONES F.N.P.S.M.

RECLAMACIÓN PENSIONES ANTE F.N.P.S.M O ENTIDAD TERRITORIAL

Apreciado(a) Profesor(a):

Por favor, marque con una equis (X) la opción deseada frente al servicio que usted quiere que nuestro colectivo reclame ante el FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO o la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN CORRESPONDIENTE.

PENSIONES

- Factores Salariales en la Pensión Ordinaria de Jubilación, Invalidez o Sobrevivientes:** El FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO al RECONOCER su pensión mensual vitalicia de jubilación, de Invalidez o Sobrevivientes, **no incluyó en su liquidación los factores salariales** como son las horas extras, la prima de vacaciones, bonificaciones o sobresueldo, como docente o directivo docente.
- Revisión Pensión de Invalidez Docentes Antiguos:** Si usted adquirió una invalidez para laborar igual o superior al 96% y el FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO al RECONOCER su pensión de Invalidez, **la liquida con el 75% y no con el 100% del último salario mensual devengado (incluyendo en su liquidación los factores salariales).**
- Revisión Pensión de Invalidez Ley 100 de 1993:** Si la calificación médica fue de **Enfermedad Profesional** o por **Accidente de Trabajo** y le aplicaron la Ley 100 de 1993, su pensión está mal liquidada.
- Pensión de Sobrevivientes:** Si usted o uno de sus familiares o amigos, reclamó la Pensión de Sobrevivientes ante el FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO **y le fue negada** por no haber laborado el docente 18 años de servicio, **o se le concedió el derecho por cinco (5) años.**
- Pensión Jubilación 55 años Provisionales y Docentes del Decreto 1278 del 2002:** Si usted estuvo vinculado como docente oficial (no importa la modalidad: OPS, Provisional, Temporal, Propiedad, etc.) **antes del 26 de junio del 2003** y actualmente se encuentra vinculado en Provisionalidad o nombrado en Propiedad bajo el Decreto 1278 del 2002, y El FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO se niega a RECONOCER su pensión mensual vitalicia de jubilación a los 55 años de edad y 20 años de servicio, liquidada con el 75% de los factores salariales del último año de servicio y siendo compatible Salario y Pensión hasta la edad de retiro forzoso.
- Pensión de Vejez (Colpensiones – antiguo I.S.S.) vs. Pensión de Jubilación:** Si COLPENSIONES le reconoce la Pensión de Vejez, y por este hecho, el FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO **le niega** a usted su pensión mensual vitalicia de jubilación.
- Pensiones Especiales de Vejez:** Para los docentes afiliados al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO: **1) Pensión Anticipada de Vejez:** Si usted es docente o directivo docente del Decreto 1278 de 2002 y padece una deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más, tiene cotizadas mínimo 1.000 semanas y 55 años de edad, tiene derecho a que le reconozcan la Pensión Anticipada de Vejez, o; **2) Pensión Especial por Hijo(a) Invalído(a):** Si usted es docente o directivo docente, tanto Decreto 1278 de 2002 como del Decreto 2277 de 1979, y es padre o madre cabeza de familia, tiene un hijo(a) con una invalidez (física o mental) del 50% o más, actualmente se encuentra laborando, su jornada de trabajo le impide atender a su hijo(a) y tiene cotizadas mínimo 1.300 semanas, tiene derecho a que le reconozcan la Pensión Especial por Hijo(a) Invalído(a).
- Pensión Anticipada de Vejez vs. Pensión de Invalidez:** Si usted es docente del Decreto 1278 de 2002, y le reconocieron la **Pensión de Invalidez** (por enfermedad común, accidente de trabajo o enfermedad laboral) y se encontraba afiliado al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y padece una deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más, tiene cotizadas mínimo 1.000 semanas y cuenta con 55 años de edad, tiene derecho a que le reconozcan **de manera concomitante la Pensión Anticipada de Vejez.**
- OTRO:** _____

Para comenzar el trámite se requiere diligenciar el paquete de documentos que encontrará a continuación, como son el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y los Poderes anexos de acuerdo con las siguientes indicaciones:

Diligencie los **PODERES** consignados en los **FORMATOS OMM-105-1, 4, 5, 6 y 8** así como el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales (**FORMATO OMM-7**), debe firmarlos y hacerles **presentación personal ante la Oficina Judicial, Notario o Juez.** De igual manera diligencie el **FORMATO OMM-10 (Datos del Reclamante).**

A continuación nos permitimos relacionar los documentos que debe enviarnos para su reclamación.

FACTORES SALARIALES EN LA PENSIÓN ORDINARIA DE JUBILACIÓN, INVALIDEZ O SOBREVIVIENTES

1. Resolución que **reconoció** la Pensión de Jubilación, Invalidez o Sobrevivientes **en fotocopia simple.**
2. **Una (1)** fotocopia ampliada y legible de la Cédula de Ciudadanía, (**sin autenticar**).
3. **Un (1) Certificado Original de TIEMPOS DE SERVICIO, en que incluya el Municipio donde labora o laboró.** (Solicítelo para revisión de Pensión)
4. **Un (1) Certificado Original de SALARIOS,** con todos los factores salariales, de los dos (2) últimos años anteriores al reconocimiento de la Pensión Jubilación y el último año al reconocimiento de su Pensión de Invalidez. (Son los mismos años que usted aportó para el reconocimiento y pago de su Pensión de Jubilación o Pensión de Invalidez)

Continúa en el reverso



REVISIÓN DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ DOCENTES ANTIGUOS (96% O MÁS DE INVALIDEZ)

1. Resolución que **reconoció** la Pensión de Invalidez **en fotocopia simple**.
2. Certificado Médico Laboral donde conste la Invalidez del 96% o más en **Fotocopia Simple**
3. **Un (1) Certificado Original** de **TIEMPOS DE SERVICIO**, en que incluya el **Municipio donde labora o laboró**. (Solicítelo para revisión de Pensión)
4. **Un (1) Certificado Original** de **SALARIOS**, con todos los factores salariales, del último año al reconocimiento de su Pensión de Invalidez. (Son los mismos años que usted aportó para el reconocimiento y pago de su Pensión de Invalidez)
5. **Una (1)** fotocopia legible de la Cédula de Ciudadanía, (**sin autenticar**).

REVISIÓN DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ LEY 100

1. Resolución que **reconoció** la Pensión de Invalidez **en fotocopia simple**.
2. Certificado Médico Laboral donde conste que la Invalidez es por **Enfermedad Profesional** o **Accidente de Trabajo** en **Fotocopia Simple**.
3. **Un (1) Certificado Original** de **TIEMPOS DE SERVICIO**, en que incluya el **Municipio donde labora o laboró**. (Solicítelo para revisión de Pensión)
4. **Un (1) Certificado Original** de **SALARIOS**, con todos los factores salariales, del último año al reconocimiento de su Pensión de Invalidez. (Son los mismos años que usted aportó para el reconocimiento y pago de su Pensión de Invalidez)
5. **Una (1)** fotocopia legible de la Cédula de Ciudadanía, (**sin autenticar**).

PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES

1. Si tiene la Resolución que **negó** la Pensión de Sobreviviente, o la **concedió** por cinco años, debe enviar una (1) fotocopia simple.
2. Fotocopia ampliada al 150% de la Cédula de Ciudadanía del(los) Beneficiario(s) y del Causante.
3. Un (1) Registro Civil de Defunción en Original (copia auténtica).
4. Un (1) Registro Civil de Nacimiento del causante en Original (copia auténtica).
5. Un (1) Certificado de Tiempos de Servicio del causante en Original, **en que incluya el Municipio donde laboró**
6. Un (1) Certificado de Salarios del causante en Original de los últimos 10 años (hasta el año del fallecimiento).
7. Fotocopia Simple de **TODOS** los edictos publicados en un periódico de amplia circulación Nacional (Si los tiene).
8. Un (1) Original(es) de Declaración Extrajuicio del(la) Beneficiario(a) ante Notario Público, en la que conste desde cuando conoció al causante; desde cuando convivía con el causante y si dicha convivencia duró hasta el día del fallecimiento y si existen o no hijos.
9. Dos (2) Originales de declaraciones extrajuicio de testigos ante Notario Público, en la que conste desde cuando conocen a la cónyuge o compañera(o) permanente, desde cuando convivía con el causante y si dicha convivencia duró hasta el día del fallecimiento y si existen o no hijos.
10. **Si contrajo nupcias con el(la) causante:** Un (1) Registro Civil de Matrimonio en Original (copia auténtica).
11. Un (1) Registro Civil de Nacimiento del beneficiario (reclamante).
12. **Si tuvieron hijos:** Un (1) Registro Civil de Nacimiento del(los) hijo(s) en Original(es) (copia auténtica).
13. **En caso que el(la) causante hubiese sido soltero(a):** Un (1) Registro Civil de Nacimiento en Original (copia auténtica) de los padres y/o de los hermanos inválidos que dependan económicamente del causante.

PENSIÓN JUBILACIÓN 55 AÑOS PROVISIONALES Y DOCENTES DEL DECRETO 1278 DEL 2002

1. Si tiene la Resolución que **negó** la Pensión de Jubilación, debe enviar una (1) fotocopia simple.
2. Un (1) Registro Civil de Nacimiento en Original (copia auténtica).
3. **Una (1) Fotocopia Simple y Ampliada (150%)** de la cédula de ciudadanía.
4. **Una (1) Fotocopia Simple** del **Acto Administrativo de Nombramiento en Provisionalidad o Propiedad**.
5. **Una (1) Fotocopia Simple** del **Acta de Posesión** en Provisionalidad o Propiedad.
6. **Un (1) Certificado Original** de **TIEMPOS DE SERVICIO**, en que incluya el **Municipio donde labora o laboró**, incluyendo el Acto Administrativo con el cual fue nombrado en Provisionalidad o Propiedad. (**Los puede enviar después**).
7. **Un (1) Certificado Original** de **SALARIOS**, con todos los factores salariales, del último año anterior a la adquisición del estatus pensional. (**Los puede enviar después**)
8. Fotocopia(s) (preferiblemente autenticadas) de lo(s) **Contrato(s) o Acto(s) Administrativo(s) de Prestación de Servicios, Autorización de Prestación de Servicios, Temporalidades, Provisionalidades u Horas Cátedra** suscrito(s) con el Departamento y/o Municipio **y/o** Un (1) Original del Certificado o Constancia de **TIEMPOS LABORADOS** mediante **Contrato de Prestación de Servicios, Autorización de Prestación de Servicios, Temporalidades, Provisionalidades u Horas Cátedra**, expedido por la Alcaldía (entidad nominadora) el Jefe de Personal o de quien haga sus veces. **Si no es posible:** constancia de servicio en original expedida por el Rector o Director del establecimiento donde labora (o laboró), indicando municipio del plantel y desde cuando usted labora allí.
9. **Original** del(la) **declaración extrajuicio ante Notario Público**, en la que manifieste **no devengar pensión**.
10. **Original(es)** del(los) **Certificado(s) de NO PENSIÓN** provenientes de: FONPREMAG, COLPENSIONES, UGPP, FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES y FONDO PRIVADO DE PENSIÓN.

PENSIÓN DE VEJEZ (COLPENSIONES) VS. PENSIÓN DE JUBILACIÓN (FONPREMAG)

1. Resolución que **reconoció** la Pensión de Vejez (Colpensiones) **en fotocopia simple**.
2. Resolución que **negó** la Pensión de Jubilación (FONPREMAG) **en fotocopia simple**.
3. **Un (1) Certificado Original** de **TIEMPOS DE SERVICIO**, en que incluya el **Municipio donde labora o laboró**.

Continúa en el reverso



4. **Un (1) Certificado Original de SALARIOS**, con todos los factores salariales, de los dos (2) últimos años anteriores al estatus de la Pensión Jubilación.
5. **Una (1) fotocopia ampliada y legible de la Cédula de Ciudadanía, (sin autenticar).**

Pensiones Especiales de Vejez

1. Una (1) **fotocopia simple, ampliada y legible** al 150% de la cédula de ciudadanía.
2. Una (1) **copia auténtica** del Registro Civil de Nacimiento del(la) cotizante.
3. **Un (1) Certificado Original de TIEMPOS DE SERVICIO, en que incluya el Municipio donde labora o laboró.**
4. **Un (1) Certificado Original de SALARIOS**, con todos los factores salariales, de los diez (10) últimos años anteriores.
5. **Original del Certificado de Vinculación a la IPS.**

En Caso de Pensión Anticipada de Vejez por Invalidez

6. **Certificación** de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más debidamente calificada y diagnosticada por la IPS a la cual se encuentre afiliado(a) el(la) docente. En caso de no estar de acuerdo, **Original del Dictamen Pérdida Capacidad Laboral de la Junta (Regional o Nacional) de Calificación de Invalidez**, de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más del(la) docente.

En Caso de Pensión Especial de Padre o Madre Cabeza de Familia por Hijo(a) Invalído(a)

7. Una (1) **fotocopia simple, ampliada y legible** al 150% del documento de identidad del(la) hijo(a) inválido(a).
8. Una (1) **copia auténtica** del Registro Civil de Nacimiento del(la) hijo(a) inválido(a).
9. Certificación de la discapacidad mental o física del hijo(a) del 50% o más debidamente calificada y diagnosticada por la IPS a la cual se encuentre afiliado(a) como beneficiario(a) del(la) docente.
10. Declaración Juramentada Extrajuicio rendida ante Notario Público de dependencia económica del hijo(a) inválido y todos los integrantes del núcleo familiar, elevada por el(la) docente.

Pensión Anticipada de Vejez vs. Pensión de Invalidez

1. **Fotocopia Simple** de la **Resolución de Reconocimiento y Pago de la Pensión de Invalidez.**
2. Una (1) **fotocopia simple, ampliada y legible** al 150% de la cédula de ciudadanía.
3. Una (1) **copia auténtica** del Registro Civil de Nacimiento del(la) cotizante.
4. **Un (1) Certificado Original de TIEMPOS DE SERVICIO, en que incluya el Municipio donde labora o laboró.**
5. **Un (1) Certificado Original de SALARIOS**, con todos los factores salariales, de los diez (10) últimos años anteriores.
6. **Original del Certificado de Vinculación a la IPS.**
7. **Certificación** de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más debidamente calificada y diagnosticada por la IPS a la cual se encuentre afiliado(a) el(la) docente. En caso de no estar de acuerdo, **Original del Dictamen Pérdida Capacidad Laboral de la Junta (Regional o Nacional) de Calificación de Invalidez**, de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más del(la) docente.

NOTA: Si usted requiere más de una (1) reclamación, favor llenar un formulario aparte y la(s) casilla(s) correspondiente(s) en cada Instructivo.

Una vez tenga los documentos completos y diligenciados, haga entrega del paquete a la persona encargada en su Municipio solicitándole el **comprobante de entrega que se encuentra al final de este instructivo** o envíelos a nuestras oficinas a la dirección que aparece en el logotipo de este instructivo.

Si usted o alguien más requiere algún formato para demandar a COLPENSIONES, ADMINISTRADORAS DE FONDO DE PENSIONES, UGPP, IPS y/o EPS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA, RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LAS OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES DEL ESTADO, FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES DEL MAGISTERIO, o a las ENTIDADES TERRITORIALES, puede descargarlo a través de nuestro sitio Web: www.abogadosomm.com.



DATOS DEL RECLAMANTE

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: _____

C. C. No. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____

DE LA CIUDAD DE: _____ TEL y CEL.: _____

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____

FECHA DE INGRESO AL MAGISTERIO: _____

FECHA DE RETIRO DEL MAGISTERIO: _____

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DONDE LABORA O LABORÓ: _____

CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA O LABORÓ: _____

_____ TELÉFONO _____

EXPONGA BREVEMENTE SU CASO: _____

NOTA: FAVOR LLENAR EL PRESENTE FORMULARIO EN MÁQUINA O CON LETRA IMPRENTA.

**De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo a ABOGADOS O.M.M. – LTDA. de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, para permitir a todas sus dependencias operativas y/o administrativas, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, compartir, transmitir y disponer de los datos que han sido suministrados y se lleguen a suministrar, que se han incorporado o se incorporen en diferentes archivos, bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es y será utilizada en el exclusivo desarrollo de las funciones propias de la entidad.*

=====

RECIBÍ DE CONFORMIDAD DOCUMENTACIÓN COMPLETA, CONFORME A INSTRUCTIVO.

Nombres y Apellidos: _____

Folios Recibidos _____ C. C. _____ de _____

Fecha de Recibido: _____ Firma Responsable _____

Si usted o alguien más requiere algún formato para demandar a COLPENSIONES, ADMINISTRADORAS DE FONDO DE PENSIONES, UGPP, IPS y/o EPS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA, RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LAS OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES DEL ESTADO, FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES DEL MAGISTERIO, o a las ENTIDADES TERRITORIALES, puede descargarlo a través de nuestro sitio Web: www.abogadosomm.com.

Calle 19 No. 3-10, Of. 401 Edif. Barichara - Torre B. Tels: (+571)3423150-2827294-3425494. Cel: (+57)3102985930.

Bogotá, D.C.

E-mail: contacto@abogadosomm.com

Sitio Web: www.abogadosomm.com

Señor

SECRETARIO(A) DE EDUCACIÓN DE _____

REFERENCIA: OTORGAMIENTO DE PODER

_____, mayor de edad, domiciliado(a) en la ciudad de _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre _____, manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente a los doctores **SERGIO MANZANO MACÍAS y/o MARCELA MANZANO MACÍAS**, abogados en ejercicio, mayores de edad, domiciliados y residentes en Bogotá D. C., identificados civil y profesionalmente como aparece junto a sus firmas, para que en mi nombre y representación inicien y lleven hasta su terminación los trámites pertinentes para obtener:

Mi apoderado queda ampliamente facultado con los generales del Artículo 77 del C.G.P. (Ley 1564 del 2012), autorizándolo expresamente para recibir administrativa y judicialmente, conciliar en Vía Administrativa, judicial y extrajudicial, desistir, transigir, sustituir, renunciar, reasumir, solicitar copias de los actos administrativos con constancia de notificación y ejecutoria, firmar cuentas y cheques, interponer recursos y realizar todo lo que este conforme a derecho para la debida representación de mis intereses, sin que pueda decirse en momento alguno que actúa sin poder suficiente. Este poder incluye la facultad de interponer los recursos ordinarios y extraordinarios.

Solicito se sirva reconocer personería a mi apoderado en los términos del presente mandato.

Atentamente,

C. C. No _____ de _____

ACEPTO PODER:

SERGIO MANZANO MACÍAS
C. C. No. 79.980.855 de Bogotá
T. P. No. 141305 C. S. de la J.
Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com

MARCELA MANZANO MACÍAS
C. C. No. 53.003.129 de Bogotá
T. P. No. 160515 C. S. de la J.
Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com



Señores

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

PROCURADOR JUDICIAL ANTE LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE _____

REFERENCIA: OTORGAMIENTO DE PODER

_____, mayor de edad,
domiciliado(a) en la ciudad de _____, identificado(a) como aparece al pie de mi
firma, actuando en mi propio nombre _____,
manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente a los doctores **SERGIO MANZANO
MACÍAS y/o MARCELA MANZANO MACÍAS**, abogados en ejercicio, mayores de edad, domiciliados y
residentes en Bogotá D. C., identificados civil y profesionalmente como aparece junto a sus firmas, para que en
mi nombre y representación inicien y lleven hasta su terminación los trámites pertinentes para obtener:

Mi apoderado queda ampliamente facultado con los generales del Artículo 77 del C.G.P. (Ley 1564 del 2012),
autorizándolo expresamente para recibir administrativa y judicialmente, conciliar en Vía Administrativa, judicial
y extrajudicial, desistir, transigir, sustituir, renunciar, reasumir, solicitar copias de los actos administrativos con
constancia de notificación y ejecutoria, firmar cuentas y cheques, interponer recursos y realizar todo lo que este
conforme a derecho para la debida representación de mis intereses, sin que pueda decirse en momento alguno
que actúa sin poder suficiente. Este poder incluye la facultad de interponer los recursos ordinarios y
extraordinarios.

Solicito se sirva reconocer personería a mi apoderado en los términos del presente mandato.

Atentamente,

C. C. No _____ de _____

ACEPTO PODER:

SERGIO MANZANO MACÍAS

C. C. No.79.980.855 de Bogotá

T. P. No. 141305 C. S. de la J.

Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com

MARCELA MANZANO MACÍAS

C. C. No. 53.003.129 de Bogotá

T. P. No. 160515 C. S. de la J.

Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com



Señor(a)

JUEZ PENAL DEL CIRCUITO DE _____
(REPARTO)

REFERENCIA: OTORGAMIENTO DE PODER

_____, mayor de edad,
domiciliado en la ciudad de _____, identificado como
aparece al pie de mi firma, manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente a
los doctores **SERGIO MANZANO MACÍAS y/o MARCELA MANZANO MACÍAS**,
abogados en ejercicio, mayores de edad, domiciliados y residentes en Bogotá D. C.,
identificados civil y profesionalmente como aparece junto a sus firmas, para que en mi nombre
y representación instauren **DEMANDA DE ACCIÓN DE TUTELA**, contra

_____,
por la violación al **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23
de la Constitución Política de Colombia, a la **IGUALDAD** consagrado en el artículo 13 de la
C.P., al **DEBIDO PROCESO**, artículo 29 de la C. P., o a cualquier otro derecho fundamental
que se considere vulnerado, _____

**Declaro bajo la gravedad del juramento que no he instaurado Acción de Tutela respecto
de los mismos hechos y derechos.**

Mi apoderado tiene las facultades de impugnar, recibir, conciliar, desistir, transigir, sustituir, reasumir,
renunciar, presentar el correspondiente incidente de desacato y todas aquellas que tiendan al buen y fiel
cumplimiento de su gestión.

Sírvase Señor(a) Juez reconocerle personería a mi apoderado en los términos aquí señalados.

Del Señor(a) Juez,

C. C. No _____ de _____

ACEPTO PODER:

SERGIO MANZANO MACÍAS

C. C. No.79.980.855 de Bogotá

T. P. No. 141305 C. S. de la J.

Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com

MARCELA MANZANO MACÍAS

C. C. No. 53.003.129 de Bogotá

T. P. No. 160515 C. S. de la J.

Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com



Señor
SECRETARIO DE EDUCACIÓN DE _____
E. S. D.

REFERENCIA: SOLICITUD COPIAS AUTENTICAS

_____,
mayor de edad, domiciliado(a) en la ciudad de _____,
identificado(a) como aparece al pie de mi firma, manifiesto a usted que por medio del
presente escrito solicito:

1. La(s) copia(s) autentica(s) del(los/las) _____
_____ con la(s) constancia(s) de publicación, notificación y/o ejecutoria.
2. Copia auténtica del expediente que dio origen al mencionado Acto Administrativo, radicado en la entidad bajo el número _____.
3. _____

_____.

El(los) anterior(es) Acto(s) Administrativo(s) lo(s) requiero para entablar la correspondiente demanda.

Autorizo que las anteriores copias le sean entregadas a mi(s) apoderado(s), **SERGIO MANZANO MACÍAS y/o MARCELA MANZANO MACÍAS**, abogados en ejercicio, mayores de edad, domiciliados y residentes en Bogotá D. C., identificados civil y profesionalmente como aparece junto a sus firmas o a quien estos autoricen.

Cualquier información puede ser enviada a la Calle 19 No 3-10, Oficina 401, Edificio Barichara, Torre B, Tel: 3423150, 3425494 en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

C. C. No _____ de _____

AUTORIZADO(S):

SERGIO MANZANO MACÍAS
C. C. No.79.980.855 de Bogotá
T. P. No. 141305 C. S. de la J.
Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com

MARCELA MANZANO MACÍAS
C. C. No. 53.003.129 de Bogotá
T. P. No. 160515 C. S. de la J.
Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com



Señores

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE(L) _____

Señor(a)

JUEZ ADMINISTRATIVO DE(L) _____

REFERENCIA: OTORGAMIENTO DE PODER

_____, mayor de edad, domiciliado(a) en la ciudad de _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente a los doctores **SERGIO MANZANO MACÍAS y/o MARCELA MANZANO MACÍAS**, abogados en ejercicio, mayores de edad, domiciliados y residentes en Bogotá D. C., identificados civil y profesionalmente como aparece junto a sus firmas, para que en mi nombre y representación inicien y lleven hasta su terminación demanda contra la NACIÓN (Ministerio de Educación Nacional y/o _____, persona jurídica de derecho público, con domicilio principal en la ciudad de _____, representada legalmente por el(la) Señor(a) _____

_____ quien lo sea o haga sus veces, o por el apoderado especial que para tal efecto se designe en el momento de la notificación, a fin que previos los trámites procesales previstos en la Ley 1437 del 2011 ejerza la acción de nulidad y restablecimiento del derecho de carácter laboral y mediante Sentencia definitiva se declare la nulidad _____

_____, expedida(s) por el Señor(a) _____

y a título del restablecimiento del derecho se declare que la Entidad demandada debe reconocerme y pagarme,

Se dé cumplimiento al fallo, se incorporen los ajustes de valor, conforme al índice de precios al consumidor, se reconozca el pago de los intereses moratorios, sobre las sumas adeudadas y se condene en costas a la entidad demandada conforme a lo estipulado en la Ley 1437 del 2011.

Mi apoderado tiene las facultades consignadas en el Artículo 77 del C.G.P. (Ley 1564 del 2012), así como las de recibir administrativa y judicialmente, notificarse, suscribir cuentas de cobro, cobrar, conciliar, desistir, transigir, sustituir, reasumir, renunciar, ejecutar y todas aquellas que tiendan al buen y fiel cumplimiento de su gestión, sin que se pueda argumentar que carece de poder suficiente para actuar. Este poder incluye la facultad de solicitar la liquidación de la condena, ejecutar la condena e interponer los Recursos Ordinarios y Extraordinarios.

Sírvase Señor(a) Juez reconocerle personería a mi apoderado en los términos aquí señalados.

Del Señor(a) Juez,

C. C. No _____ de _____

ACEPTO PODER:

SERGIO MANZANO MACÍAS

C. C. No. 79.980.855 de Bogotá

T. P. No. 141305 C. S. de la J.

Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com

MARCELA MANZANO MACÍAS

C. C. No. 53.003.129 de Bogotá

T. P. No. 160515 C. S. de la J.

Buzón de notificaciones: contacto@abogadosomm.com



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre _____, mayor de edad,
domiciliado(a) en la ciudad de _____, en la _____
teléfono No. _____ y labora (o

laboró) en _____ jornada _____

teléfono No. _____, identificado(a) como aparece al pie de su firma, que de ahora en adelante se denominará **EL (LA) MANDANTE** y **ORGANIZACIÓN MANZANO & MANZANO LTDA-ABOGADOS O. M. M.**, representada legalmente por su gerente doctor **SERGIO MANZANO MACÍAS**, quien lo sea o haga sus veces, que en lo sucesivo se designará como **EL MANDATARIO**, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regula por las cláusulas que a continuación se expresan: **PRIMERA.- EL(LA) MANDANTE** contrata los servicios profesionales de **EL MANDATARIO**, quien lo ejercerá a través de su(s) abogado(s) en ejercicio, comprometiéndose éste a realizar todas y cada una de las actividades que desde el punto de vista profesional considere pertinentes y necesarias para defender los intereses de **EL(LA) MANDANTE**, en especial la sustentación oral y/o escrita de las audiencias, la interposición y sustentación de los recursos ordinarios en contra de las providencias, en las siguientes gestiones: **a)** representar en calidad de Abogado(s) y hasta su terminación ante la(s) Entidad(es) demandada(s) los trámites administrativos y/o judiciales pertinentes para la obtención del reconocimiento y pago de _____.

PARÁGRAFO.- El presente mandato no incluye la presentación ni sustentación de Recursos Extraordinarios.- **SEGUNDA.- EL(LA) MANDANTE** se obliga a suministrar oportunamente los datos y documentos necesarios a fin de obtener la efectividad de los derechos pretendidos y se hace responsable de la veracidad de la información y autenticidad de los documentos aportados.-

PARÁGRAFO.- EL(LA) MANDANTE se obliga a acudir personalmente a las instalaciones de la(s) oficina(s) de **EL MANDATARIO** o a comunicarse vía telefónica o vía Internet a la(s) misma(s) oficina(s) para informarse sobre la gestión encomendada de la respectiva reclamación, sin ser necesaria la comunicación escrita y/o personal, por cuanto no sufraga dinero alguno para papelería, transporte, correo, llamadas telefónicas o similares.- **TERCERA.- HONORARIOS: EL(LA) MANDANTE** se obliga a pagar a **EL MANDATARIO**, por los servicios de que trata la cláusula primera, el **TREINTA POR CIENTO (30%)** a título de honorarios profesionales, del valor total de los dineros que le corresponda si los resultados favorables se producen en vía administrativa o en virtud de Providencia Judicial, al comenzar, en desarrollo o al final de la gestión encomendada.-

PARÁGRAFO 1º.- Los costos que generen las normas tributarias (IVA o similares) serán asumidos por **EL(LA) MANDANTE**. **PARÁGRAFO 2º.-** Las partes convienen expresamente que si existieren valores reconocidos en Sentencia Judicial por concepto de condena en costas y agencias en derecho a favor de **EL(LA) MANDANTE**, estos no harán parte de los honorarios y serán cedidos a **EL(LA) MANDATARIO**, por cuanto **EL(LA) MANDANTE** no ha cancelado suma alguna o inversión por la gestión encomendada. Si el vencido en Juicio es **EL(LA) MANDANTE**, este deberá pagar las costas que fije el Juez o Magistrado en su integridad, sin que le sea imputable costo alguno a **EL MANDATARIO**.-

CUARTA.- GASTOS: En el evento de acudir a la Jurisdicción Contenciosa u Ordinaria, EL(LA) MANDANTE pagará los gastos que fije el Magistrado del Tribunal o Juez correspondiente. Su no cancelación EXIME de cualquier responsabilidad a **EL MANDATARIO**. Estos dineros se utilizarán para el pago de la notificación de la demanda a la parte demandada. **QUINTA.- EL(LA) MANDANTE** autoriza directamente desde ahora a **EL MANDATARIO** para deducir de los dineros que reciba y con prelación a cualquier otro compromiso, el valor de los honorarios que trata la Cláusula Tercera cualquiera que sea la forma legal o lícita del reclamo o demanda contenciosa administrativa o ejecutiva que se adelante a partir de la celebración del contrato. En consecuencia **EL MANDATARIO** podrá pedir la deducción privilegiada de los honorarios profesionales, bien ante el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, Fiduprevisora S.A. o ante la Oficina que llegare a hacer el pago. Como el pago se hace directamente a **EL(LA) MANDANTE**, este cancelará a **EL MANDATARIO** las sumas acordadas en la Cláusula Tercera a más tardar dentro de los cinco (5) días de haber recibido el pago. De no hacerlo así incurrirá en mora sin necesidad de requerimiento.

SEXTA.- El presente Contrato sólo podrá rescindirse por acuerdo entre las partes y por parte de **EL(LA) MANDANTE**, en caso de negligencia comprobada de **EL MANDATARIO**. La revocatoria del Poder, sin causa justificada, dará lugar a **EL MANDATARIO** a cobrar la totalidad de los honorarios pactados. Para que sea efectiva la revocatoria de poder, se debe expedir el respectivo PAZ Y SALVO por parte de **EL MANDATARIO**. **SÉPTIMA.-** Las partes convienen y aceptan, que para los efectos legales, el presente contrato presta mérito ejecutivo y **EL(LA) MANDANTE** renuncia expresamente a todo requerimiento judicial para efectos de constitución en mora y el domicilio será cualquier ciudad del país. En prueba de lo anterior, las partes suscriben el presente documento, previa lectura del mismo, en la ciudad de _____, a los _____ () días del mes de _____ del año _____.

MANDANTE:

C. C. No _____ de _____

MANDATARIO:

SERGIO MANZANO MACÍAS - Gerente Abogados O. M. M. Ltda.

TESTIGOS:

C. C. No _____ de _____

DIR. Y TEL: _____

C. C. No _____ de _____

DIR. Y TEL: _____