

F-151 FORMATO PENSIONES LEY 100/93

RECLAMACIÓN PENSIONES ANTE COLPENSIONES O ADMINISTRADORAS DE FONDO DE PENSIONES

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 la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES o una ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES.

Por favor, marque con una equis (X) la opción deseada frente al servicio que usted quiere que nuestro colectivo reclame ante COLPENSIONES.

Pensión de Vejez: Si usted se encuentra afiliado al RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA (RPM) en la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES (antiguo Instituto de Seguros Sociales – I.S.S.) o al RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD (RAIS), bajo una Administradora de Fondo de Pensiones; y al solicitar su pensión de vejez **la niegan** argumentando: **1)** el no cumplimiento de los requisitos de Ley; **2)** habiendo cumplido 1.300 semanas de cotización y 57 años de edad – mujeres, o 62 años de edad – hombres, en el RPM; **3)** que en su condición de docente oficial usted ya se encuentra pensionado por el FOMAG, o; **4)** habiendo cumplido 1.150 semanas de cotización y 57 años de edad – mujeres, o 62 años de edad – hombres, en el RAIS.

Indemnización Sustitutiva o Devolución de Saldos Actualizados: Si usted se encuentra afiliado al RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA (RPM) en la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES (antiguo Instituto de Seguros Sociales – I.S.S.) o al RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD (RAIS), bajo una Administradora de Fondo de Pensiones; y al cumplir la edad pensional (57 años de edad – mujeres, o 62 años de edad – hombres) no completa el número mínimo de semanas de cotización (1.300 semanas) y solicita la Indemnización Sustitutiva (Colpensiones) o la Devolución de Saldos Actualizados (AFP), y **le niegan** este derecho.

Pensiones Especiales de Vejez: Si usted se encuentra afiliado al RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA (RPM) en la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES (antiguo Instituto de Seguros Sociales – I.S.S.) y: **1) Pensión Anticipada de Vejez:** usted 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):** usted 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 a usted le reconocieron la **Pensión de Invalidez** (por enfermedad común, accidente de trabajo o enfermedad laboral) y se encontraba afiliado al RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA en la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES (antiguo Instituto de Seguros Sociales – I.S.S.) 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**.

Pensión de Sobrevivientes: Si usted o uno de sus familiares o amigos, reclamó la Pensión de Sobrevivientes ante la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES (antiguo Instituto de Seguros Sociales – I.S.S.) o una Administradora de Fondo de Pensiones y **le fue negada:** **1)** por tener la Pensión de Jubilación del FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, o; **2)** por cualquier otro motivo.

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 151-1, 2, 3, 3A, 3B, 5, 6, 6A 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 la ciudad donde reside**. De igual manera diligencie el **FORMATO OMM-10** (Datos del Reclamante).

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

Pensión de Vejez, Indemnización Sustitutiva o Devolución de Saldos Actualizados

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. **Reporte de semanas cotizadas** en la Administradora de Fondos de Pensiones.
4. **Historia laboral** en COLPENSIONES.
5. **Formulario de afiliación** a la Administradora de Fondos de Pensiones (En Fotocopia Simple).
6. **Historia válida para Bono pensional.**
7. **Para Empleados Públicos: Original del Certificado de Información Laboral** (Formato CETIL o CLEBP).
8. **Original del Certificado de Vinculación a EPS.**

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. **Historia laboral** en COLPENSIONES.
4. **Para Empleados Públicos: Original del Certificado de Información Laboral** (Formato CETIL o CLEBP).
5. **Original del Certificado de Vinculación a EPS.**

Continúa en el reverso

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

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 EPS a la cual se encuentre afiliado(a).
7. **Dictamen Médico Laboral** emitido por el **Área de Medicina Laboral de COLPENSIONES**. En caso de no estar de acuerdo, **Original del Dictamen Pérdida Capacidad Laboral de la Junta (Regional o Nacional) de Calificación** de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más del(la) cotizante.

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

8. Una (1) **fotocopia simple, ampliada y legible** al 150% del documento de identidad del(la) hijo(a) inválido(a).
9. Una (1) **copia auténtica** del Registro Civil de Nacimiento del(la) hijo(a) inválido(a).
10. **Certificación** de la discapacidad mental o física del hijo(a) del 50% o más debidamente calificada y diagnosticada por la EPS a la cual se encuentre afiliado(a) como beneficiario(a) del(la) cotizante.
11. **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) cotizante.

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. **Historia laboral** en COLPENSIONES.
5. **Para Empleados Públicos: Original** del **Certificado de Información Laboral** (Formato CETIL o CLEBP).
6. **Original** del **Certificado de Vinculación a EPS**.
7. **Certificación** de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más debidamente calificada y diagnosticada por la EPS a la cual se encuentre afiliado(a).
8. **Dictamen Médico Laboral** emitido por el **Área de Medicina Laboral de COLPENSIONES**. En caso de no estar de acuerdo, **Original del Dictamen Pérdida Capacidad Laboral de la Junta (Regional o Nacional) de Calificación** de la deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más del(la) cotizante.

PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES

1. Si tiene la Resolución que **negó** la Pensión de Sobreviviente, debe enviar una (1) fotocopia simple.
2. Resolución que **concedió** la Pensión de Jubilación por parte del FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, debe enviar una (1) fotocopia simple.
3. **Historia laboral** en COLPENSIONES o en AFP.
4. Fotocopia ampliada al 150% de la Cédula de Ciudadanía del(los) Beneficiario(s) y del Causante.
5. Un (1) Registro Civil de Defunción en Original (copia auténtica).
6. Un (1) Registro Civil de Nacimiento del causante en Original (copia auténtica).
7. Un (1) Certificado de Tiempos de Servicio (CETIL o CLEBP) del causante en Original.
8. Un (1) Certificado de Salarios del causante en Original de los últimos 10 años (hasta el año del fallecimiento).
9. Fotocopia Simple de **TODOS** los edictos publicados en un periódico de amplia circulación Nacional (Si los tiene).
10. 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.
11. 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.
12. **Si contrajo nupcias con el(la) causante:** Un (1) Registro Civil de Matrimonio en Original (copia auténtica).
13. Un (1) Registro Civil de Nacimiento del beneficiario (reclamante).
14. **Si tuvieron hijos:** Un (1) Registro Civil de Nacimiento del(los) hijo(s) en Original(es) (copia auténtica).
15. **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.

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 RECLAMANTE

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: _____

C. C. No. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____

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

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____

ES USTED: EMPLEADO PÚBLICO _____ PRIVADO O INDEPENDIENTE _____ DOCENTE OFICIAL _____

FECHA DE INGRESO _____

ESTÁ RETIRADO SI _____ NO _____ FECHA DE RETIRO _____

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
GERENTE
RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES
E. S. D.

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

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
ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES

E. S. D.

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

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

Atn: **ÁREA DE TALENTO HUMANO**

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 soliciten:

1. **Certificado Electrónico de Tiempos Laborados – FORMATO CETIL**, en donde se corrobore y se inserte la totalidad de la información laboral durante el tiempo de servicio prestado en esa entidad.
2. **Certificado de Salarios, año(s)** _____ – con todos los factores salariales devengados ante la entidad.
3. _____

Mi apoderado queda ampliamente facultado con los generales del Artículo 77 del C.G.P. (Ley 1564 del 2012), desistir, sustituir, renunciar, reasumir, solicitar copias de los actos administrativos con constancia de notificación y ejecutoria 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.

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

**VICEPRESIDENCIA DE OPERACIONES DEL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES
E. S. D.**

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 soliciten:

1. **Copia del(las) semanas de cotización al Régimen de Prima Media con Prestación Definida**, que incluya
novedad de pago mes a mes donde se vea reflejado el IBC; detallando el número de semanas cotizadas.

2. _____

Mi apoderado queda ampliamente facultado con los generales del Artículo 77 del C.G.P. (Ley 1564 del 2012),
desistir, sustituir, renunciar, reasumir, solicitar copias de los actos administrativos con constancia de notificación
y ejecutoria 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.

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
ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES

E. S. D.

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 soliciten:

1. **Copia del tiempo cotizado a la AFP** que incluya novedad de pago mes a mes donde se vea reflejado el IBC; detallando el número de semanas cotizadas.

2. _____

Mi apoderado queda ampliamente facultado con los generales del Artículo 77 del C.G.P. (Ley 1564 del 2012), desistir, sustituir, renunciar, reasumir, solicitar copias de los actos administrativos con constancia de notificación y ejecutoria 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.

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

Señores

**RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES
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) de la(s) _____

_____ con la(s) **constancia(s) de ejecutoria y constancia que corresponde al primer ejemplar.**
2. Copia auténtica del expediente que dio origen al mencionado(s) Acto(s), mencionado en el numeral anterior.

El(los) anterior(es) Acto(s) Administrativo(s) lo(s) y la copia autentica del expediente administrativo los 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
ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES

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) de la(s) _____

con la(s) **constancia(s) de ejecutoria y constancia que corresponde al primer
ejemplar.**
2. Copia auténtica del expediente que dio origen al mencionado(s) Acto(s), mencionado en
el numeral anterior.

El(los) anterior(es) Acto(s) Administrativo(s) lo(s) y la copia autentica del expediente
administrativo los 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 SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE(L) _____

Señor(a)

JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO 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 ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA en contra de la Administradora de Fondo de Pensiones _____, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Número de Identificación Tributaria – NIT _____, 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, o; contra la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES, empresa Industrial y Comercial del Estado organizada como entidad financiera de carácter especial, vinculada al Ministerio del Trabajo, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada legalmente por el(la) señor(a) Presidente, doctor(a) JUAN MIGUEL VILLA LORA, 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 el Código de Procedimiento Laboral y mediante Sentencia definitiva se declare

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. _____,
correo electrónico (e-mail): _____ 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

.- 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 **EL(LA) MANDANTE** pagará los gastos que fije el Magistrado del Tribunal o Juez correspondiente, consignándolos en una cuenta bancaria suministrada por **EL MANDATARIO**. 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 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. **.- 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: _____