

**RESOLUCIÓN NO 188**  
(JULIO 12 de 2017)

**POR LA CUAL SE AUTORIZA EL PAGO PARCIAL DE CESANTIAS**

La Gerente de la Empresa Social de Estado "Carmen Emilia Ospina ", en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

**CONSIDERANDO**

Que el Doctor **ANGEL HUMBERTO CASTRO ROMERO** Identificado con la cedula de ciudadanía No 16.772.564 desempeñando el cargo de **ODONTOLOGO** en la Empresa Social de Estado Carmen Emilia Ospina.

Que solicita el pago parcial de las Cesantías con el fin de realizar pago de los estudios de su hijo **WILDER GEOVANNY CASTRO RAMIREZ** quien se encuentra vinculado en a la Fundación Universitaria Navarra **UNINAVARRA** en el Programa de Enfermería según Orden de Pago No 1076 anexo.

Que el funcionario anexa Certificación expedida por el Fondo Nacional del Ahorro, fotocopia de la cedula de la funcionario, Recibos de Pago de la Universidades y Registro Civil de Nacimiento.

En virtud de lo anterior,

**RESUELVE**

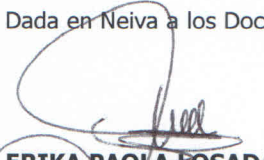
**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar al **FONDO NACIONAL DEL AHORRO** para que realice el pago parcial de las cesantías a favor del funcionario **ANGEL HUMBERTO CASTRO ROMERO** Identificado con la cedula de ciudadanía No 16.772.564 por un valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$ 2.600.000) MCTE.**

**ARTICULO SEGUNDO:** Presentar evidencia de la inversión al Área de Talento Humano, con el fin de hacer seguimiento para garantizar el adecuado manejo de los recursos que tienen como finalidad realizar el respectivo pago del estudio de su hijo dando cumplimiento a lo consagrado en el Artículo 3 del Decreto 2076 de 1967 artículo 21 de la Ley 1429 de 2010, Artículo 256 del Código Sustantivo del Trabajo.

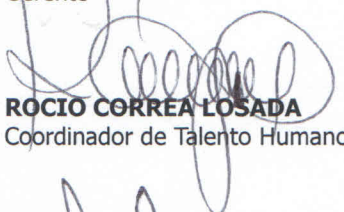
**ARTICULO TERCERO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Neiva a los Doce (12) días del mes de Julio de dos mil diecisiete (2017)

  
**ERIKA PAOLA LOSADA CARDOZA**  
Gerente

  
**PATRICIA QUINTERO FIERRO**  
Subgerente

  
**ROCIO CORREA LOSADA**  
Coordinador de Talento Humano.



PROYECTO: SILVIA OSORIO  
Apoyo Talento Humano

"Servimos con Excelencia Humana"

Zona Norte  
calle 34 No. 8-30 Las Granjas  
Teléfono: 8631818 ext. 6025

Zona Oriente  
calle 21 No. 55-43 Las Palmas  
Teléfono: 8631818 ext. 6308

Hospital Canaima  
carrera 22 con calle 26 sur  
Teléfono: 8631818 ext. 6587

Zona Sur  
calle 2C No. 28-13 Los Parques  
Teléfono: 8631818 ext. 6200

Sistema de Información y  
Atención al Usuario  
Línea Amiga: 8632828

Neiva, 11 de Julio de 2017

Doctora

**PATRICIA QUINTERO FIERRO**

**Subgerente E.S.E. C.E.O.**

Neiva

**Referencia: Anticipo de cesantías**

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes para solicitar un anticipo de cesantías por un valor de \$2'600.000.00, para cubrir parte del pago de matrícula de la carrera de Enfermería en la Fundación Universitaria Uninavarra de mi hijo Wilder Geovanny Castro Ramírez identificado con cedula de ciudadanía No 1.062'074.505 de la Plata(H). Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente,



**ANGEL HUMBERTO CASTRO ROMERO**

ODONTOLOGO

Cédula de ciudadanía 16'772.564 de Cali (V)

*Dein*  
14-7-2017  
3:00 pm

Fecha de solicitud: Año 2017 Mes: 07 Día 11

Ciudad: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL AFILIADO

|                                                                                                      |                          |                                                                                                 |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Tipo de documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OTRO |                          | Número: 16772564                                                                                |                        |
| Primer Apellido: CASTRO                                                                              | Segundo Apellido: ROMERO | Nombres: ANGEL HUMBERTO                                                                         |                        |
| Dirección de Correspondencia: CALLE 56 # 10-99                                                       | Ciudad: NEIVA            | Celular: 3112372078                                                                             | Teléfono fijo: 8637816 |
| Documento de Identificación de la Empresa: <input checked="" type="checkbox"/> RUT                   |                          | Tipo de Empresa: Pública: <input checked="" type="checkbox"/> Privada: <input type="checkbox"/> |                        |
| 813005265-7                                                                                          |                          | Teléfono: 8631818 EXT 6587                                                                      |                        |
| Dirección: CARRERA 22 CON CALLE 26 SUR                                                               |                          | Departamento: HUILA                                                                             |                        |
| Nombre de la Empresa o Razón Social: E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA                                     |                          | Ciudad: NEIVA                                                                                   |                        |

Autorizo el envío de extracto de Cesantías y/o información del FNA por correo electrónico, mensajes de texto y de voz.

SI ☒ No ☐

## RETIROS PARCIALES (marcar solo una opción de retiro)

|                                   |                                     |                                    |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Compra de vivienda                | <input type="checkbox"/>            | Construcción de vivienda           | <input type="checkbox"/> |
| Mejora de vivienda                | <input type="checkbox"/>            | Liberación de gravamen hipotecario | <input type="checkbox"/> |
| Abonos a créditos FNA             | <input type="checkbox"/>            | Leasing habitacional               | <input type="checkbox"/> |
| Educación (matrícula y/o pensión) | <input checked="" type="checkbox"/> | Compra de acciones                 | <input type="checkbox"/> |

## RETIROS DEFINITIVOS (marcar solo una opción de retiro)

|                                                 |                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Retiro por desvinculación laboral dejando saldo | <input type="checkbox"/> |
| Mecanismo de protección al cesante              | <input type="checkbox"/> |
| Retiro total por desvinculación laboral         | <input type="checkbox"/> |
| Fallecimiento del afiliado                      | <input type="checkbox"/> |
| Otros                                           | <input type="checkbox"/> |

Monto solicitado retiros parciales: \$ 2'600.000=

Monto solicitado retiros definitivos: \$

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE CESANTÍAS DIRECTAMENTE AL AFILIADO (marcar solo una opción de retiro)

|                                                                           |                                                                                               |                              |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Consignación en cuenta bancaria: <input checked="" type="checkbox"/>      | Tipo de cuenta: Ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | Entidad Bancaria: DAVIVIENDA |
| Número de cuenta: 076000732719                                            | Ciudad:                                                                                       | Departamento:                |
| Pago por ventanilla banco convenio: <input type="checkbox"/> (Ver nota 1) |                                                                                               |                              |

## INFORMACIÓN PARA PAGO A TERCEROS (marcar solo una opción de retiro)

|                                                                                                                                 |                                                              |               |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| Tipo de documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT |                                                              | Número:       |                |
| Nombre o razón social:                                                                                                          |                                                              | Ciudad:       |                |
| Dirección de Correspondencia:                                                                                                   |                                                              | Celular:      | Teléfono fijo: |
| Consignación en cuenta bancaria: <input type="checkbox"/>                                                                       | Pago por ventanilla banco convenio: <input type="checkbox"/> |               |                |
| Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>                                              | Número de cuenta:                                            |               |                |
| Entidad bancaria:                                                                                                               | Ciudad:                                                      | Departamento: |                |

Declaro bajo juramento que la información contenida en el presente formulario es cierta y que las cesantías se utilizarán para la finalidad señalada (Ver nota 3)

Firma del afiliado:

No del documento de identidad

Ver nota 2 al respaldo

## ESPACIO EXCLUSIVO FNA

|                          |       |       |
|--------------------------|-------|-------|
| Nombre Revisor           | Fecha | Firma |
| Número de orden de pago. | 1     | 2     |
| Valor orden de pago.     | 1     | 2     |

SOLICITUD DE RETIRO DE CESANTÍAS  
CONSTANCIA DE RECIBIDO:

No. 1000016772564002

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 16772564

|                                             |                    |                                                  |
|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|
| Primer Apellido                             | Segundo Apellido   | Nombres:                                         |
| Nombre persona responsable de la recepción: | Punto de Atención: | FECHA DE SOLICITUD:<br>AÑO: 2017 MES: 07 DÍA: 11 |

Diligenciar por el afiliado

Requisitos al respaldo

Diligenciar por el FNA

ACP-FO-009-V4

## EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO HACE CONSTAR

Que según el extracto de cesantías procesado por el sistema, el(la) señor(a) CASTRO ROMERO ANGEL HUMBERTO identificado(a) con cédula de ciudadanía número 16772564 es afiliado(a) desde hace 60 meses con las(s) siguiente(s) entidad(es):

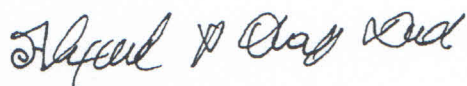
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA . (ACT  
APORTANTE) .

\$18.666.892,00

A corte de 11 julio de 2017 tiene un saldo de DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON 00/100 PESOS M/CTE  
(\$18.666.892,00)

Lo anterior según extracto de cesantías anexo

En Bogotá a los once (11) días del mes de julio de 2017



ALEXANDRA PATRICIA OLAYA DAJER  
JEFE DIVISIÓN DE CESANTÍAS (E)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA  
 NUMERO 16.772.564  
 CASTRO ROMERO  
 APELLIDOS  
 ANGEL HUMBERTO  
 NOMBRES  
  
 FIRMA  


  
 NOCHE DEFENCHO  
 FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1989  
 BOGOTA D.C.  
 (CUNDINAMARCA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.65 A+ M  
 ESTATURA G.S. TN SEXO  
 31-MAY-1989 CALI  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 (CAROL DAVID SANCHEZ TORRES)  
  
 A-1105800-34180686-34-0018772564-20080805 0184008218A 02 257818012

SECTION PROTECTION PROTECTION PROTECTION  
SEALED for YOUR SEALING and PROTECTION  
PROTECTION  
for YOUR SEALING  
C-392-PPGALC  
SEALED for YOUR SEALING and PROTECTION

Indicativo Serial 38659171

|                                                                                                                                                  |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|-----------|--|
| de la oficina de registro - Clase de oficina                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Escribano <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |  | Notaría <input type="checkbox"/> |  | Número <input type="text"/> |  | Consulado <input type="checkbox"/> |  | Corregimiento <input type="checkbox"/> |  | Inspección de Policía <input type="checkbox"/>                      |  | Código F Z W    |  |           |  |
| Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía                                                                               |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| REGISTRADURIA DE PAEZ (BELALCAZAR) COLOMBIA CAUCA PAEZ (BELALCAZAR)*                                                                             |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| del inscrito                                                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                  |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Segundo Apellido                                                    |  |                 |  |           |  |
| RAMIREZ*****                                                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | RAMIREZ*****                                                        |  |                 |  |           |  |
| Nombres(s)                                                                                                                                       |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| ELDER GEOVANNY*****                                                                                                                              |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                              |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Sexo (en letras)                                                    |  | Grupo Sanguíneo |  | Factor RH |  |
| 1993                                                                                                                                             |  | Mes MAR                          |  | Día 06                      |  | MASCULINO*****                     |  | *****                                  |  | *****                                                               |  | *****           |  |           |  |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)                                                             |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| COLOMBIA CAUCA PAEZ (BELALCAZAR)*****                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos                                                                                         |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Número certificado de nacido vivo                                   |  |                 |  |           |  |
| SENTENCIA*****                                                                                                                                   |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | 007DEL3DEMAYO2004*                                                  |  |                 |  |           |  |
| de la madre                                                                                                                                      |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                                                                    |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| RAMIREZ ARANGO LUZ NIDIA*****                                                                                                                    |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Nacionalidad                                                        |  |                 |  |           |  |
| Cedula de Ciudadania 0038894072*****                                                                                                             |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | COLOMBIA*****                                                       |  |                 |  |           |  |
| del padre                                                                                                                                        |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                                                                    |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| CASTRO ROMERO ANGEL HUMBERTO*****                                                                                                                |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Nacionalidad                                                        |  |                 |  |           |  |
| Cedula de Ciudadania 0016722564*****                                                                                                             |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | COLOMBIA*****                                                       |  |                 |  |           |  |
| del declarante                                                                                                                                   |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                                                                    |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| *****                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Firma                                                               |  |                 |  |           |  |
| *****                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | *****                                                               |  |                 |  |           |  |
| del primer testigo                                                                                                                               |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                                                                    |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| *****                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Firma                                                               |  |                 |  |           |  |
| *****                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | *****                                                               |  |                 |  |           |  |
| del segundo testigo                                                                                                                              |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                                                                    |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| *****                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                     |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Firma                                                               |  |                 |  |           |  |
| *****                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | *****                                                               |  |                 |  |           |  |
| Fecha de inscripción                                                                                                                             |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Nombre y firma del funcionario que autoriza                         |  |                 |  |           |  |
| Año 2004                                                                                                                                         |  | Mes MAY                          |  | Día 05                      |  | OMAR JAIRO NARVAEZ LEDEZMA*****    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Reconocimiento paterno                                                                                                                           |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |  |                 |  |           |  |
| Firma                                                                                                                                            |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  | Nombre y Firma                                                      |  |                 |  |           |  |
| ESPACIO PARA NOTAS                                                                                                                               |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| MODIFICACION DEL SERIAL 9020558003 CORRECCION OFICIO 196 DE MAYO 4 DE 2004 EPO. BEATRIZ RAMIREZ DE GRASS JUEZ PROMISCUO DE FAMILIA SILVIA CAUCA. |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| 38459171                                                                                                                                         |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |
| Registrador de Estado Civil                                                                                                                      |  |                                  |  |                             |  |                                    |  |                                        |  |                                                                     |  |                 |  |           |  |

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.062.074.505**  
**CASTRO RAMIREZ**

APELLIDOS  
**WILDER GEOVANNY**

NOMBRES

*Wilder Geovanny Castro R.*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-1993**

**PAEZ (BELALCAZAR)**  
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.69**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

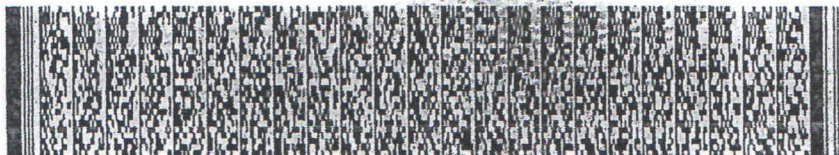
**M**  
SEXO

**17-MAR-2011 LA PLATA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1904900-00293453-M-1062074505-20110415

0026715959A 1

35295401



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA -  
UNINAVARRA  
900.480.042-2

Calle 10 N° 6 - 41 - Tel: 8740089

ORDENDE PAGO N° 10376

Fecha: 11/07/2017  
Estudiante: Castro Ramirez Wilder Geovanny  
Identificación: C.C. 1062074505  
Teléfono: 8637816  
Dirección: Calle 56 # 1w-99  
Programa: Enfermería  
Período: 2017 - 2

| CONCEPTO                      | VALOR       |
|-------------------------------|-------------|
| MATRICULAS ENFERMERIA         | \$3.931.788 |
| SEGURO ESTUDIANTIL ENFERMERIA | \$12.000    |

|                     | PAGUE HASTA | VALOR       |
|---------------------|-------------|-------------|
| PAGO ORDINARIO      | 18/07/2017  | \$3.943.788 |
| PAGO EXTRAORDINARIO | 22/07/2017  | \$4.038.557 |

Consignar ÚNICAMENTE en las siguientes Cuentas:

- Cuenta de Ahorros Colpatia No. 7452005582
  - Cuenta Corriente Banco de Occidente 383-81008-2 Código de Recaudo 018415
  - Cuenta de Ahorros Banco Pichincha 410265243
- VIGILADA MINEDUCACION

- DOCUMENTO PARA EL ESTUDIANTE -



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA -  
UNINAVARRA  
900.480.042-2

Calle 10 N° 6 - 41 - Tel: 8740089

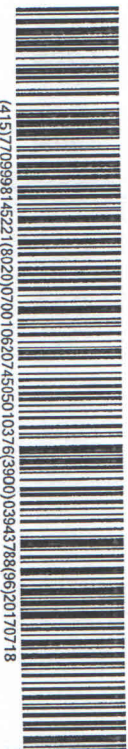
ORDENDE PAGO N° 10376

Fecha: 11/07/2017  
Estudiante: Castro Ramirez Wilder Geovanny  
Identificación: C.C. 1062074505  
Teléfono: 8637816  
Dirección: Calle 56 # 1w-99  
Programa: Enfermería  
Período: 2017 - 2

|                     | PAGUE HASTA | VALOR       |
|---------------------|-------------|-------------|
| PAGO ORDINARIO      | 18/07/2017  | \$3.943.788 |
| PAGO EXTRAORDINARIO | 22/07/2017  | \$4.038.557 |

| BANCO | CHEQUE N° | VALOR |
|-------|-----------|-------|
|       | CHEQUE    |       |
|       | EFFECTIVO |       |

HASTA 18/07/2017 TOTAL A PAGAR \$3.943.788



(415)7709998145221(8020)07001062074505010376(3900)04038557(96)20170722

HASTA 22/07/2017 TOTAL A PAGAR \$4.038.557



(415)7709998145221(8020)07001062074505010376(3900)04038557(96)20170722

- DOCUMENTO PARA EL BANCO -