

Remite
 Servicio Postal de Colombia S.A. - Miembro del Grupo Postal de Colombia
 Atte: Oficina de Atención al Cliente - Bogotá, D.C. - Calle 100 No. 100-100
 Teléfono: 01 (01) 23400000 - Fax: 01 (01) 23400000 - Correo Electrónico: atencioncliente@postales.gov.co
 Sitio Web: www.postales.gov.co

Destinatario
 ALIRIO PARRA MONSALVE
 Calle 32 No. 32-64 P. 2 OFC 5
 Bucaramanga, Santander
 C.C. 13.826.072
 Teléfono: 052 238 2228
 Correo Electrónico: contador@aurassegueros.com

Remite
 Muestra/Envío Postal: INTERNET
 Dirección: CALLE 31 NO. 13-71
 Ciudad: SANTANDER
 Departamento: SANTANDER
 Código Postal: 680000
 Envío: 16/08/2023 17:16:08



No. Radicado: 08SE2023756800100010476
 Fecha: 2023-08-22 11:01:58 am
 Remitente: Sede: D. T. SANTANDER
 Depen: GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE INSPECCION EN RIESGOS LABORALES
 Destinatario: ALIRIO PARRA
 Anexos: 0 Folios: 1

Bucaramanga, 22 de Agosto de 2023

Al responder por favor citar este número de Expediente número



Para verificar la validez de este documento escanee el código QR, el cual lo redireccionará al repositorio de evidencia digital de Mintrabajo.

Señor
ALIRIO PARRA MONSALVE
 CALLE 32 No. 32-64 P 2 OFC 5
 Bucaramanga, Santander
 Email: contador@aurassegueros.com

ASUNTO: COMUNICACIÓN AUTO 002324, CORRE TRaslADO DE ALEGATOS Expediente 7068001 – ID 15037218

Para su conocimiento y demás fines pertinentes, remito copia del AUTO 002324 del 22 de Agosto de 2023, TRASLADO ALEGATOS DE CONCLUSIÓN de fecha de veintidós (22) de Agosto de dos mil veintitrés (2023), por medio del cual se da traslado para que se allegue alegatos de conclusión, todo en el ámbito del procedimiento administrativo sancionatorio de la referencia.

Lo anterior para que ejerza sus derechos de contradicción y defensa.

Asimismo, me permito solicitarle allegar certificación emitida por el Revisor Fiscal y/o quien haga sus veces del valor total de los activos de la empresa ALIRIO PARRA MONSALVE, identificado con C.C 13.826.072 así como allegar certificación emitida por la ARL en la cual se encuentra afiliada la empresa donde se indique el número total de afiliados o población trabajadora existente. La información anteriormente citada deberá ser allegada al Ministerio del Trabajo Dirección Territorial Santander, a la dirección Calle 31 No. 13-71, o al correo electrónico dtsantander@mintrabajo.gov.co, a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de la presente solicitud; es de advertir que el incumplimiento a este requerimiento dará lugar a la aplicación de lo estipulado en el artículo 47 de la ley 1437 de 2011.

Cordialmente.

LUDWING ENRIQUE RUBIO CUADROS

Inspector de Trabajo y Seguridad Social
 Dirección Territorial de Santander
 Anexo: AUTO 002324 – 22/08/2023

Elaboró:
 Ludwing Rubio
 Inspector de Trabajo
 Dt Santander

Revisó:
 Ludwing Rubio
 Inspector de Trabajo
 Dt Santander

Aprobó:
 Ludwing Rubio
 Inspector de Trabajo
 Dt Santander





Libertad y Orden

15037218

**MINISTERIO DEL TRABAJO
TERRITORIAL DE SANTANDER
DESPACHO TERRITORIAL**

Radicación: 05EE2022746800100007112
Querellante: MINTRABAJO
Querellado: ALIRIO PARRA MONSALVE

AUTO DE TRASLADO ALEGATOS DE CONCLUSIÓN No.
BUCARAMANGA, (22 AGO 2023)

002.02.4

En consideración a que no existe necesidad o solicitud de practicar otras pruebas, se dispone correr traslado común a los investigados por el término de tres (3) días, para que presenten sus alegatos de conclusión, de conformidad con las previsiones del artículo 10 de la Ley 1610 de 2013.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



SILVIA PATRICIA ROJAS ARDILA
DIRECTORA TERRITORIAL (E)

Proyectó: L. E./Rubio Cuadros
Revisó/Aprobó: S.P/ Rojas. Ardila.

» MOTIVOS DE DEVOLUCION <<4-72»
 Correo y mucho más

<input type="checkbox"/>	Dircción Errada	<input type="checkbox"/>	Cerrado	<input type="checkbox"/>	No Existe Número
<input type="checkbox"/>	No Resiste	<input type="checkbox"/>	Falucida	<input type="checkbox"/>	No Contestado
<input type="checkbox"/>	Desconocido	<input type="checkbox"/>	Fuerza Mayor	<input type="checkbox"/>	Aperado Clausurado
<input type="checkbox"/>	Rehusado	<input type="checkbox"/>	No Reclamado	<input type="checkbox"/>	

Fecha 1:	DIA	MES	AÑO	R	D	Fecha 2:	DIA	MES	AÑO	R	D

Nombre del **Roberto Garcia Gonzalez**
 C.C. **9 94 954 583**

Centro de distribución
 Observaciones **Desoc Pds**
24 ABR 2013

