

CALI, 10 de Marzo de 2022

2022\_3207188-30327181

Señor (a):

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS

CALLE 11 # 6-40 OF 401

CALI - VALLE DEL CAUCA

Referencia: Radicado No. 2022\_3207188 del 10 de Marzo de 2022

Ciudadano: OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS

Identificación: C.C. 4627519

Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Traslado de Régimen

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, no ha sido aceptada.

Lo anterior por los siguientes motivos:

Motivos de Rechazo
--------------------

No es procedente dar trámite a su solicitud, por cuanto la información consultada indica que se encuentra a diez años o menos del requisito de tiempo para pensionarse
--

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Cordialmente,



LUIS GABRIEL REYES ESCOBAR  
Director de Atención y Servicio (A)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.627.519

MUÑOZ CAJAS


APELLIDOS

OSCAR AUGUSTO

NOMBRES

*OSCAR A. MUÑOZ*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1962

BOLIVAR  
(CAUCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66  
ESTATURA

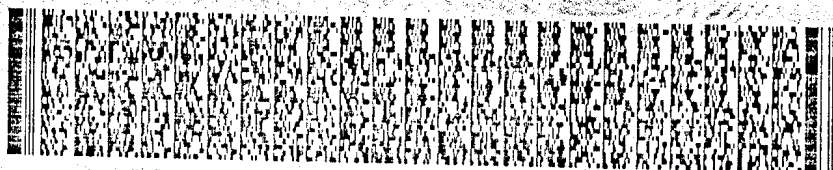

O+  
G.S. RH

M  
SEXO

31-OCT-1980 BOLIVAR  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

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



A-3100100-00046021-M-0004627519-20080813 0002032078A 1 1050006116



Servientrega S.A. NIT: 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Av Calle 6 No 34 A - 11. Somos  
Grandes Contribuyentes Resolución DIAN 9061 Diciembre 10/2020. Autoretenedores Resol.  
DIAN:09698 de Nov 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA.

Fecha:09 / 03 / 2022 14:08

Fecha Prog. Entrega:10 / 03 / 2022



GUIA No.: 9148558650

Cód. CDS/SER: 1 - 20 - 28

CLL 11 # 6-40 OFI 401

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ

Tel/cel: 3955780

Ciudad: CALI

País: COLOMBIA

Email: FACTURA.RETAIL@SERVIENTREGA.COM

Cod. Postal: 760044

Dpto: VALLE

D.I./NIT: 4627519

FIRMA DEL REMITENTE  
(NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

DESTINATARIO	<b>CLO</b>	<b>DOCUMENTO UNITARIO PZ: 1</b>	
	<b>20</b>	Ciudad: <b>CALI</b>	
	<b>W01</b>	<b>VALLE</b>	<b>P.P.: CONTADO</b>
	<b>NORMAL</b>	<b>M.T.: TERRESTRE</b>	
CARRERA 42 # 7 -10			
/// COLPENSIONES			
Tel/cel: 42710 D.I./NIT: 42710			
País: COLOMBIA Cod. Postal: 760042			
e-mail:			

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

GUÍA No. 9148558650



FECHA Y HORA DE ENTREGA  
/ / /

Dice Contener: DOCUMENTOS

Obs. para entrega:

Vr. Declarado: \$ 5,000

Vr. Flete: \$ 0

Vr. Sobreflete: \$ 350

Vr. Mensajería expresa: \$ 5,000

Vr. Total: \$ 5,350

Vr. a Cobrar: \$ 0

Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):  
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00  
No. Remisión: SE0000042361961  
No. Bolsa seguridad:  
No. Sobreporte:  
No. Guía Retorno Sobreporte:

Quien Entrega: :

DG-6-CL IDM-F 06 V.4



El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A. www.servientrega.com y en las carteleras  
ubicadas en los Centros de Soluciones, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo  
declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y  
recursos remítase al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.



Formulario viejo.

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2022\_3207188

10/03/2022 04:26:31 PM

JURIDICA CALI

VALLE DEL CAUCA - CALI

AFILIACIONES

IMAGENES:3



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN [WWW.COLPENSIONES.GOV.CO](http://WWW.COLPENSIONES.GOV.CO)

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS		REGIONAL	OFICINA
DEPENDIENTE <input checked="" type="radio"/>	INDEPENDIENTE <input type="radio"/>	Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo Comercial

## DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento CC <input checked="" type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>		N.º de documento 4.627.519		Fecha de nacimiento	
Primer apellido MUÑOZ		Segundo apellido CAJAS		Año 1962 Mes 05 Día 10	
Primer nombre OSCAR		Segundo nombre AUGUSTO		Sexo: M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Municipio de nacimiento BOLIVAR		Departamento de nacimiento CAUCA		Ingreso mensual \$ 6'500.000	
Nacionalidad Colombiana		Dirección residencia Calle 11 # 6-400 of 401		Salario integral Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
Municipio de residencia Cali		Barrio / vereda de residencia San Pedro		Es empleador Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
Departamento de residencia Valle		Teléfono		Celular	
Ocupación u oficio Operario		Teléfono		Alto riesgo Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
Correo electrónico Oscar.munoz@uvaga.com		AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil).			

## DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento CC <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/>		N.º de documento 800.009.973-4		DV	
NATURALEZA Pública <input type="radio"/> Privada <input checked="" type="radio"/>		Razón social o nombre LuvaGas S.A.S.		Código CIU	
Dirección Avenida 4B # 37A-127		Municipio Cali		Sucursal Cali	
Barrio / vereda		Departamento Valle		Coreo electrónico	
Teléfono 6652509		Celular		Coreo electrónico	

## INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Año Mes Día	
Primer nombre		Segundo nombre			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia	
Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		Teléfono		Celular	
Parentesco 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>		Correo electrónico			
2 Tipo de documento CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Año Mes Día	
Primer nombre		Segundo nombre			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia	
Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		Teléfono		Celular	
Parentesco 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>		Correo electrónico			

## AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial <input type="radio"/> Traslado de régimen <input checked="" type="radio"/> Traslado de entidad diferente <input type="radio"/> Vinculación laboral <input type="radio"/>		Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Subsidiado Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior: Porvenir S.A.		Código		Tarifa con la que debe cotizar %	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> ¿Cuál?		Código			

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrado por COLPENSIONES. 2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.

## FIRMAS

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA	
 FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu"

