

Señor
JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE
ORALIDAD DE SANTIAGO DE CALI D. E.
(REPARTO)
E.S.D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS, mayor de edad, residente y domiciliado en Cali e identificado con la cédula de ciudadanía 4.627.519 de Bolívar – Cauca-, confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor RODRIGO CID ALARCÓN LOTERO, mayor de edad y vecino de Cali, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía 16.478.542 expedida en Buenaventura y Tarjeta Profesional 73019 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación presente DEMANDA LABORAL ORDINARIA DE PRIMERA INSTANCIA en contra de: 1) COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS Nit. 800149496-2, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá representado por JUAN MANUEL TRUJILLO SANCHEZ o quien haga sus veces al momento de la notificación y 2). SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A., Nit. 800144331-3, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, quien acudirá al proceso a través de su Representante Legal ALEJANDRO AUGUSTO FIGUEROA JARAMILLO o por quien haga sus veces al momento de la notificación; y 3). LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES-, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá representado por el doctor JUAN MIGUEL VILLA LORA o por quien haga sus veces, para que mediante sentencia que haga tránsito a cosa juzgada se hagan las siguientes o similares:

DECLARACIONES Y / O CONDENAS

PRIMERA: Se declare la nulidad o ineficacia de la afiliación del señor OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS, mayor de edad, residente y domiciliado en Cali e identificado con la cédula de ciudadanía 4.627.519 de Bolívar – Cauca-, a COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS y por traslado horizontal a la SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A. .

SEGUNDA: Como consecuencia de la nulidad o ineficacia de la afiliación, ordenar el traslado de los aportes y/o capital, bonos pensionales, sumas adicionales de la aseguradora, frutos e intereses y los gastos de administración previstos en el artículo 13, literal Q y Artículo 20 de la Ley 100 de 1993, a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES- .

TERCERA: La condena en costas y agencias en derecho en contra de COLFONDOS S.A. , PORVENIR S.A. y COLPENSIONES en el evento de presentarse oposición a ello.

Faculto al apoderado para conciliar, recibir, desistir, sustituir, reasumir y demás facultades inherentes al presente poder en los términos del artículo 77 del Código General del Proceso. Envío el presente poder como mensaje de datos, por lo tanto no requiere presentación personal, ni autenticación ante notario. Igualmente, informo bajo la gravedad del juramento y conforme al Decreto = Ley 806 de 2020 que la dirección electrónica suministrada es la que he venido utilizando

Atentamente,

OSCAR A. MUÑOZ <

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS
C. C. 4.627.519 de Bolívar – Cauca-
oscar.munoz@luvaqa.com

RODRIGO CID ALARCÓN LOTERO
C. C. 16.478.542 de Buenaventura
T. P. 73019 del C. S. de la Judicatura
rsaabogados2000@gmail.com

REMITO PODER ESPECIAL COMO MENSAJE DE TEXTO

1 mensaje

29 de abril de 2022, 9:45

oscar.munoz@luvaga.com <oscar.munoz@luvaga.com>
Para: rcaabogados2000@gmail.com

Buenos días Dr. Rodrigo,

Adjunto Poder Especial firmado.

Quedo atento a sus comentarios.

Saludos,

Oscar A. Muñoz C.

PBX: (571) 7868482 ext: 1018


CEL: +57 3187134151

Mail: oscar.munoz@luvaga.com

Este mensaje y sus archivos adjuntos van dirigidos exclusivamente a su destinatario pudiendo contener información confidencial sometida a secreto profesional. No está permitida su reproducción o distribución sin la autorización expresa de LUVAGA S.A.S. Si usted no es el destinatario final por favor elimínelo e infórmenos por esta vía. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y sus normas reglamentarias, el Titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es LUVAGA S.A.S, cuyas finalidades son: realizar gestión administrativa, fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, Gestión de cobros y pagos, Gestión de facturación, Gestión económica y contable, Gestión fiscal, marketing, encuestas de opinión, prospección comercial, publicidad propia, segmentación de mercados y envío de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos y/o servicios.

Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a LUVAGA S.A.S a la dirección de correo electrónico protecciondatos@luvaga.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CARRERA 71#126-03 Bogotá DC.

Elaborado por: www.protecdatacolombia.com

 Poder Especial Oscar A Muñoz C.pdf
331K

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

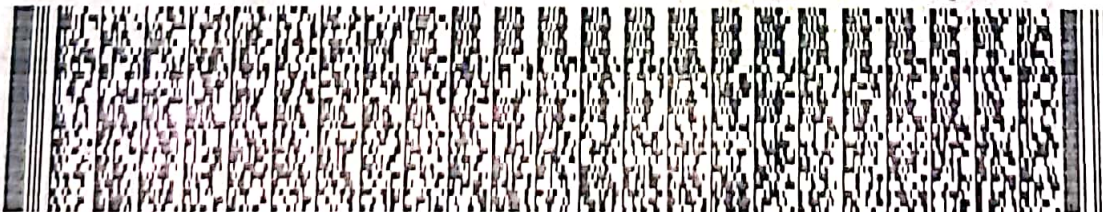
SEXO

31-OCT-1980 BOLIVAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



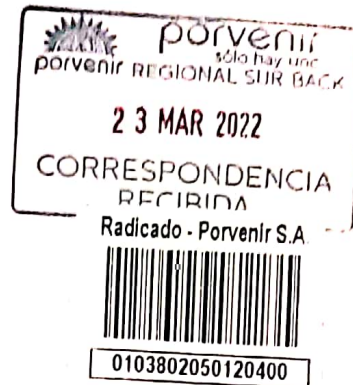
A-3100100-00046021-M-0004627519-20080813

0002032078A 1

1050006116

WTS
Santiago de Cali D.E., Marzo 3 de 2022

Señor
GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL
ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
Cali D.E.



ASUNTO: SOLICITUD AUTORIZACIÓN TRASLADO A LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES-

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS, mayor de edad, residente y domiciliado en Cali e identificado con la cédula de ciudadanía 4.627.519 de Bolívar – Cauca-, en ejercicio del Derecho de Petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, acudo ante ese fondo, para solicitar:

PRIMERO: Certifique si en su momento de parte de LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIA PORVENIR S.A., recibí la información de rigor al momento del traslado horizontal de COLFONDOS S.A., en caso afirmativo acompañar la prueba de ello.

SEGUNDO: Precisar si PORVENIR S.A., me enteró por escrito sobre la posibilidad que tenía de retractarme en un lapso determinado y además me hizo entrega del reglamento del fondo. Allegar la constancia de ello.

TERCERO: Autorizar mi traslado de PORVENIR S.A. a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES- COLPENSIONES-.

CUARTO: Comunicarme lo pertinente por escrito en el menor lapso posible.

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE TRASLADO

Jamás fui asesorado en forma correcta y menos haber recibido información precisa sobre la vinculación al fondo, pues de haberse hecho, con seguridad no me habría afiliado.

Fui afiliado inicialmente a COLFONDOS S. y posteriormente me traslado a PORVENIR S.A., donde no recibí ningún tipo de charla o asesoría y menos un comparativo acerca de los pro y los contra de la afiliación cuando se dio el traslado. Fui objeto de un engaño deliberado con el único fin de obtener la afiliación. Igualmente, jamás he sido convocado a charla alguna por parte de COLFONDOS S.A., como tampoco de PORVENIR S.A..

Mi interés no es otro que lograr se autorice el traslado a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES –COLPENSIONES-, donde pretendo continuar cotizando hasta consolidar los requisitos para el trámite y reconocimiento de la pensión de vejez.

Anexo copia ampliada de mi cédula de ciudadanía.

La respuesta favor enviarla a Cali D.E., Calle 11 No. 6 – 40, oficina 401, edificio Banco Tequendama, celular 3187134151.

Atentamente,

OSCAR A. MUÑOZ <

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS
C.C. 4.627.519 de Bolívar

104

Bogotá D.C., 2022-04-08

Señor

OSCAR MUÑOZ
CALLE 11 # 6 40 OFICINA 401 EDIFICIO BANCO TEQUENDAMA
CALI
VALLE

30 5 1/11

Ref. Rad. Porvenir: 0103802050120400

CC: 4627519

T.N: 10882915

Reciba un saludo cordial.

De acuerdo a su solicitud relacionada con el traslado de régimen; le informamos lo siguiente:

1. Nuestros funcionarios ejercen su labor de asesoría, la cual se concreta a partir de la información suministrada por las personas que manifiestan su interés de vincularse a este Fondo de Pensiones, haciendo de esta manera una realidad su proceso de afiliación, la cual se expresa mediante el diligenciamiento y firma del correspondiente formulario de afiliación, sin que la ley haya previsto un mecanismo diferente a éste, para la validez de la misma^[1]

Es necesario aclarar que, al momento de la asesoría para un traslado, la información que brinda el asesor comercial es de manera verbal por ello no se anexan soportes respectivos. Sin embargo, cabe precisar que Porvenir realiza exhaustivos procesos de capacitación a sus Asesores Comerciales con el fin de garantizar la debida asesoría a sus clientes al momento de vincularse a nuestro Fondo de Pensión obligatoria, situación que se ratifica con la suscripción del formulario de Afiliación en el cual expresa constancia de haber adoptado la determinación de vincularse de manera libre, voluntaria y sin presiones.

Remitimos copia del formulario de afiliación para su respectiva validación.

2. Remitimos copia de la simulación brindada por PORVENIR S.A donde fue informado acerca de la decisión más optima en cuanto a su situación pensional.

[1] Decreto 692 de 1994, Artículo 11. Diligenciamiento de la vinculación.

0207412043756800

po

5 2/11

Cordialmente.

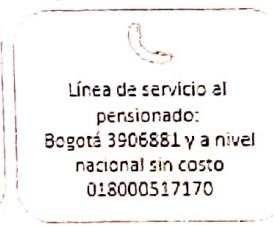
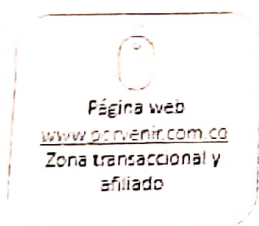
3. Validamos su caso particular y encontramos que usted actualmente tiene 59 años de edad, teniendo en cuenta que su fecha de nacimiento es el 10 de mayo de 1962, por lo tanto determina, que está inhabilitado para trasladarse del Régimen de Ahorro Individual al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, administrado principalmente por la Administradora Colombiana de Pensiones – Colpensiones, pues se encuentra a menos de diez (10) años para tener derecho a la pensión de vejez en ese Régimen, que hasta el año 2013 es de 60 años y que a partir del año 2014 es de 62 años para los hombres, de acuerdo con lo establecido en el literal e) del artículo 13 de la ley 100 de 1993, modificado por el artículo 2º de la Ley 797 de 2003[1].

De igual manera encontramos que al no ser beneficiario del Régimen de Transición previsto en el artículo 36 de la Ley 100 de 1.993, no le es aplicable, la excepción prevista por la Corte Constitucional en sentencia SU 062 de 2010, la cual permite el traslado de régimen pensional, aun contando con la edad de pensión de vejez, además de no acreditar el requisito de 750 semanas de cotización con corte al 01 de abril de 1994.

Conforme lo expuesto anteriormente, su solicitud de traslado al Régimen de Prima Media no es procedente.

4. Damos respuesta a cada punto en su petición.

Le invitamos a utilizar nuestros canales digitales y la Línea de Servicio al Cliente para realizar sus consultas y trámites, evitando los desplazamientos a las oficinas.



Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado.

0207412043756800



31 5 2/11

Cordialmente.

JOHANA MARCELA ALZATE CESPEDES

Dirección Atención Integral a Clientes

VIGILADO por el Superintendente de la Industria y Comercio



EVALUACIÓN SITUACIÓN PENSIONAL

Pensiones y Cesantías Porvenir

Radicado - Porvenir S.A.



0103803021817200

RTRA

2232

D

RTRA - BEN

CIUDAD

CALI

FECHA (aaaa/mm/dd)

2014/04/28

ID AFIL

ID BENE

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de Documento

CC ☒ CE ☐ PAS ☐

No. Documento de Identidad

4.627.519

Fecha Nacimiento (aaaa/mm/dd)

1962/05/10

Estado Civil

CASADO

Apellidos

MUÑOZ CAJAS

Nombres

OSCAR AUGUSTO

Dirección de Contacto

CRA 90 No. 17-30

Ciudad

CALI

Departamento

VALLE DEL CAUCA

No. Teléfono

3393758

No. Teléfono Celular

3137370725

Dirección Correo Electrónico

august.o@lycos.com.

2. DECISIÓN DEL AFILIADO

Se traslada al ISS: ☐

Se mantiene en AFP: ☐

Sin decisión ☒

⚠ IMPORTANTE:

- La presente evaluación de mi situación pensional se ha efectuado teniendo en consideración que me encuentro en régimen de transición por tener al 01 de abril de 1994 más de 15 años cotizados al Sistema General de Pensiones (ISS, cajas del sector público privado.) situación que me da derecho a regresar al ISS en cualquier tiempo.
- Dejo constancia que he recibido información sobre las diferencias entre los dos regímenes pensionales. Entiendo que al pensionarme en un fondo privado como Porvenir, no accedo al régimen de transición, esto, por que este es un beneficio del Régimen de Prima Media con Prestación Definida.
- Manifiesto que he recibido información por parte de Porvenir quienes me informan que puedo regresar al ISS antes de efectuar reclamación de pensión ante Porvenir.
- Si la decisión es permanecer en Porvenir, ratifico que conozco las condiciones de pensión del Sistema de Ahorro Individual con Solidaridad, establecidas en las Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003 y normas complementarias.

OBSERVACIONES:

Espacio para Porvenir



porvenir
solo hay uno
OFICINA CALI NORTE

28 APR. 2014

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Declaro que he recibido información clara y suficiente para tomar la decisión de traslado de régimen de prima media o de lo contrario permanecer en Porvenir.

FIRMA

OSCAR A. MUÑOZ

Cédula del Afiliado:

4.627.519.



Huella Índice Derecha

AGO 11 EFOI FAL 01/20

Fondo de Pensiones Obligatorias y/o Cesantías

SOLICITUD DE VINCULACION O TRASLADO

No. 10090816

01708744

2002 05 10

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE APOY <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE REGIMEN | | FONDO DE CESANTIAS <input type="checkbox"/> VINCULACION RECAL <input type="checkbox"/> CAMBIO DE REGIMEN <input type="checkbox"/> TRASLADO DE APOY | | CIUDAD <u>Coli.</u> FECHA DE RECEPCION (en caso de traslado) |
| 1. DATOS BASICOS NO EXCLUSIVO DE OBLIGATORIAS APELLIDOS Y NOMBRES <u>BELI VAP MUÑOZ OSCAR</u> FECHA DE NACIMIENTO <u>1962 05 10</u> NACIONALIDAD <u>UTRA</u> SEXO <u>M</u> COD. CIVIL <u>1</u> TELEFONO <u>3319767</u> TIPO DE TRABAJADOR <u>DEPENDIENTE</u> | | 4. DATOS BENEFICIARIOS APELLIDOS Y NOMBRES <u>EL CON MIA DE CINCO (5) BENEFICIARIOS A SUPOSTO RELACIONADO</u> NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CLASE FECHA DE NACIMIENTO SEXO COD. CIVIL TELEFONO | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| 2. DATOS DE LOCALIZACION DIRECCION PRESENTE <u>CALLE 13A #64-50 apto 203F YARUMOS</u> TELEFONO 1 <u>3319767</u> TELEFONO 2 (ACUENTANTE) CIUDAD O MUNICIPIO <u>Coli.</u> DEPARTAMENTO <u>VALLE</u> DIRECCION ANTERIOR <u>AV 5000TE 40N-69</u> CIUDAD O MUNICIPIO <u>Coli.</u> DEPARTAMENTO <u>VALLE</u> TELEFONO <u>6652509</u> PROFESION U OFICIO <u>TUB. ELECTROFONICO</u> | | 3. APORTES VOLUNTARIOS CANTIDAD VOLUNTARIA NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PORCENTAJE <u>10%</u> VALOR <u>2065000</u> PERIODICIDAD DEL APORTE MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/> QUINCEMENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> | |
|--|--|---|--|

| 5. REGIMEN DE TRANSICION ...PORTA... Luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de Traslado de Régimen de Ahorro Individual por medio de la solicitud de vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de PORVENIR S.A., particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición. Soy consciente que soy beneficiario de este régimen de transición y que en virtud de ello gozo de un tratamiento especial en el cumplimiento de los requisitos para acceder a la pensión de vejez, respecto de los afiliados que se encuentran integrados bajo el esquema de la Ley 100-93, no obstante, con mi firma habré registrado estoy ratificando mi decisión de vincularme al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir y permanecer con las condiciones vigentes para este régimen. | | 6. VOLUNTAD DE AFILIACION <table border="1"> <tr> <th colspan="2">CESANTIAS</th> <th colspan="2">PENSIONES OBLIGATORIAS</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> COPIALMENTE SOLICITO SE SIRVA TRASLADAR EL VALOR DE MIS CESANTIAS Y SUS CORRESPONDIENTES INTERESES AL FONDO DE CESANTIAS ADMINISTRADO POR PORVENIR S.A. PARA TAL FIN ANEXO FOTOCOPIA DE MI DOCUMENTO DE IDENTIDAD. </td> <td colspan="2"> HAGO CONSTAR QUE REALIZO EN FORMA LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN PRESIONES LA ESCOCCION DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL HABIENDO SIDO ASesorado SOBRE TODOS LOS ASPECTOS PROPIOS DE ESTE. PARTICULARMENTE SOBRE EL REGIMEN DE TRANSICION PARA ACCEDER A LA PENSION ASI USANDO SECCION 10 DE LA LEY 100-93 PARA QUE SEA LA UNICA QUE AGUANTE MIS APORTES PERSONALES SIN TENER QUE PAGAR LOS APORTES DE TRANSICION QUE SON TANQUEN DE CUANTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL DERECHO QUE ME ASISTE DE RETRACUACION DE MI DECISION EN CUALQUIER MOMENTO QUE ME AUTORIZA A LA LEY 100-93. </td> </tr> </table> | | CESANTIAS | | PENSIONES OBLIGATORIAS | | COPIALMENTE SOLICITO SE SIRVA TRASLADAR EL VALOR DE MIS CESANTIAS Y SUS CORRESPONDIENTES INTERESES AL FONDO DE CESANTIAS ADMINISTRADO POR PORVENIR S.A. PARA TAL FIN ANEXO FOTOCOPIA DE MI DOCUMENTO DE IDENTIDAD. | | HAGO CONSTAR QUE REALIZO EN FORMA LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN PRESIONES LA ESCOCCION DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL HABIENDO SIDO ASesorado SOBRE TODOS LOS ASPECTOS PROPIOS DE ESTE. PARTICULARMENTE SOBRE EL REGIMEN DE TRANSICION PARA ACCEDER A LA PENSION ASI USANDO SECCION 10 DE LA LEY 100-93 PARA QUE SEA LA UNICA QUE AGUANTE MIS APORTES PERSONALES SIN TENER QUE PAGAR LOS APORTES DE TRANSICION QUE SON TANQUEN DE CUANTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL DERECHO QUE ME ASISTE DE RETRACUACION DE MI DECISION EN CUALQUIER MOMENTO QUE ME AUTORIZA A LA LEY 100-93. | |
|--|--|--|--|-----------|--|------------------------|--|--|--|--|--|
| CESANTIAS | | PENSIONES OBLIGATORIAS | | | | | | | | | |
| COPIALMENTE SOLICITO SE SIRVA TRASLADAR EL VALOR DE MIS CESANTIAS Y SUS CORRESPONDIENTES INTERESES AL FONDO DE CESANTIAS ADMINISTRADO POR PORVENIR S.A. PARA TAL FIN ANEXO FOTOCOPIA DE MI DOCUMENTO DE IDENTIDAD. | | HAGO CONSTAR QUE REALIZO EN FORMA LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN PRESIONES LA ESCOCCION DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL HABIENDO SIDO ASesorado SOBRE TODOS LOS ASPECTOS PROPIOS DE ESTE. PARTICULARMENTE SOBRE EL REGIMEN DE TRANSICION PARA ACCEDER A LA PENSION ASI USANDO SECCION 10 DE LA LEY 100-93 PARA QUE SEA LA UNICA QUE AGUANTE MIS APORTES PERSONALES SIN TENER QUE PAGAR LOS APORTES DE TRANSICION QUE SON TANQUEN DE CUANTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL DERECHO QUE ME ASISTE DE RETRACUACION DE MI DECISION EN CUALQUIER MOMENTO QUE ME AUTORIZA A LA LEY 100-93. | | | | | | | | | |
| FIRMA TRABAJADOR <u>X OKARA MUÑOZ</u> C.C. <u>4627519</u> FECHA <u>10 MAY 02</u> | | PORVENIR REG <u>03</u> CON <u>01</u> DE <u>16</u> ASOS <u>16732762</u> CUANTIAL <input checked="" type="checkbox"/> NO COMERCIAL <input type="checkbox"/> FIRMA TRABAJADOR <u>Helene</u> NOMBRE Y C. | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 7. INFORMACION DEL EMPLEADOR ACTUAL TIPO DE DOCUMENTO <u>800009973</u> NUMERO DE IDENTIFICACION CODIGO DE UBICACION NOMBRE Y RAZON SOCIAL <u>Luvaga Cia Ltda.</u> DIRECCION ACTUAL <u>AV 5000TE 40N-69</u> CIUDAD O MUNICIPIO <u>Coli.</u> DEPARTAMENTO <u>VALLE</u> OCUPACION O CARGO ACTUAL <u>Director Servicios</u> ALTO RIESGO <input checked="" type="checkbox"/> SALARIO O INGRESO MENSUAL <u>2065000</u> SALARIO INTEGRAL <u>1742 06 03</u> FECHA DE EXPIRACION <u>1742 06 03</u> | | DECLARO HACER JURAMENTO QUE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE AL VINCULO LABORAL ACTUAL DEL TRABAJADOR INCLUIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDE A LOS TERMINOS DE LA RELACION LABORAL Y EN CONSECUENCIA ME DECLARO NOTIFICADO DE LA PRESENTE AFILIACION. | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| DECLARO HACER JURAMENTO QUE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE AL VINCULO LABORAL ACTUAL DEL TRABAJADOR INCLUIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDE A LOS TERMINOS DE LA RELACION LABORAL Y EN CONSECUENCIA ME DECLARO NOTIFICADO DE LA PRESENTE AFILIACION. | | X <u>Helene</u> NOMBRE Y C. | |
|--|--|--------------------------------|--|

| III. INFORMACION DE HISTORIA LABORAL PARA EL BONO PENSIONAL | | | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------|-----|---------------------|-----|--------|--|---|
| *EXCLUSIVAMENTE HASTA LA PRIMERA AFILIACION A ALGUN FONDO DE PENSIONES* | | | | | | | | | |
| No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR (Puede abreviarse o registrarse su sigla) | CIUDAD O POBLACION SEDE DEL EMPLEADOR Ver nota 1 | DESDE Ver nota 2 | | HASTA Ver nota 2 | | SECTOR | CON AFILIACION Y APORTES A (Marque con una X) | APORTE POR PENSION SOCIAL (Ver nota 3) |
| | | | AÑO | MES | AÑO | MES | | | |
| 1 | ELECTROMEDICINA | | 91 | 01 | 92 | 07 | | | |
| 2 | Luvaga Cia Ltda. | | 92 | 08 | 94 | 12 | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |

Para cotizaciones con número que se repite en dos o más departamentos, ver nota 1 al respaldo.
 Si no recuerda el mes, al menos aproximado, registre sólo el año. Ver nota 2 al respaldo.
 Para diligenciar las columnas "con aporte" y "sin aporte" ver nota 3 al respaldo.

MI PRIMERA AFILIACION A ALGUN FONDO DE PENSIONES ES ESTA: ☒ NO ☐ SI

OCURRIO APROXIMADAMENTE EN: AÑO 1995 MES 01 CON LL FONDO Colfoudos.

Acepto que no tengo derecho a bono pensional porque no cumplo con los requisitos previstos por la ley.

Firma Trabajador _____

Señor
GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL
COLFONDOS S.A.
Cali D.E.



ASUNTO SOLICITUD AUTORIZACIÓN TRASLADO A LA ADMINISTRADORA
COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES-

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS, mayor de edad, residente y domiciliado en Cali e identificado con la cédula de ciudadanía 4.627.519 de Bolívar - Cauca-, en ejercicio del Derecho de Petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, acudo ante ese fondo, para solicitar:

PRIMERO: Certifique si en su momento de parte de COLFONDOS S.A., recibí la información de rigor al momento de hacerse la afiliación, en caso afirmativo acompañar la prueba de ello.

SEGUNDO: Precisar si COLFONDOS S.A., me enteró por escrito sobre la posibilidad que tenía de retractarme en un lapso determinado y además me hizo entrega del reglamento del fondo. Allegar la constancia de ello.

TERCERO: Comunicarme lo pertinente por escrito en el menor lapso posible.

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE TRASLADO

Jamás fui asesorado en forma correcta y menos haber recibido información precisa sobre la vinculación al fondo, pues de haberse hecho, con seguridad no me habría afiliado.

Fui afiliado inicialmente a COLFONDOS S. y posteriormente me traslado a PORVENIR S.A., donde no recibí ningún tipo de charla o asesoría y menos un comparativo acerca de los pro y los contra de la afiliación cuando se dio el traslado. Fui objeto de un engaño deliberado con el único fin de obtener la afiliación. Igualmente, jamás he sido convocado a charla alguna por parte de COLFONDOS S.A., como tampoco de PORVENIR S.A..

Mi interés no es otro que lograr se autorice el traslado a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES -COLPENSIONES-, donde pretendo continuar cotizando hasta consolidar los requisitos para el trámite y reconocimiento de la pensión de vejez.

Anexo copia ampliada de mi cédula de ciudadanía.

La respuesta favor enviarla a Cali D.E., Calle 11 No. 6 - 40, oficina 401, edificio Banco Tequendama, celular 3187134151.

Atentamente,

OSCAR A. MUÑOZ <

OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS
C.C. 4.627.519 de Bolívar

Bogotá D. C., 22 de marzo de 2022

Señor:
OSCAR AUGUSTO MUÑOZ CAJAS
Calle 11 N° 6 – 40 Oficina 401
Edificio Banco Tequendama
Teléfono: 318 713 41 51
Cali, Valle del Cauca

Radicado: Derecho de Petición - 220315-000974

Reciba un cordial saludo en nombre de Colfondos S. A. Pensiones y Cesantías, en atención a su Derecho de Petición recibido en días anteriores mediante el cual nos requiere información del traslado pensional y del retractor de afiliación, procedemos a dar respuesta a cada una de sus peticiones, así:

1. En respuesta de los numerales 1, 2 y 3 de su derecho de petición. Le comunicamos que, el 09 de diciembre de 1994, usted realizó la firma del formulario de afiliación al Fondo de Pensiones Obligatoria administrado por Colfondos S. A., como un traslado de régimen, el cual se hizo efectivo el 01 de enero de 1995 y finalizó el 30 de junio de 2022, momento en el que traslado sus aportes a la AFP Porvenir, reiterando así su decisión de pertenecer al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS).

Respecto a la anulación de la afiliación, por la omisión en el deber de informar sobre los beneficios, ventajas y desventajas del régimen de ahorro individual le informamos que dentro del cumplimiento de las políticas sobre la información que deben brindar nuestros asesores a los afiliados, se establece que todos nuestros ejecutivos comerciales deben brindar una asesoría clara y precisa sobre el funcionamiento de nuestros productos basados en las condiciones y normas de Ley que se encuentren vigentes al momento de la asesoría.

Por lo tanto, se puede concluir que nuestro asesor, le explicó a usted como antiguo afiliado, las condiciones propias de este producto, las cuales manifestó entender y aceptar al suscribir libre y voluntariamente el formulario de afiliación.

Por otra parte, respecto al retractor de la afiliación en Colfondos S. A, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo I, artículo 03 del Decreto 1161 de junio 03 de 1994, no procedería la solicitud de anulación o de retractor.

*Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: defensor@colfondos.com, Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá, Tel.: (601) 213 13 70 y (601) 213 13 22, Celular: 321 924 04 79, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua *

Colfondos S. A. Pensiones y Cesantías: Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantías
Bogotá (601) 7484888, Barranquilla (605) 3669888, Bucaramanga (607) 6985888, Cali (602) 4899888, Cartagena (605) 6949888, Medellín (604) 6042888
o gratis para el resto del país en la línea 01 800 05 10000

"Artículo 3º. Traslado de regímenes. Se entenderá permitido el retracto del afiliado en todos los casos de selección con el objeto de proteger la libertad de escogencia dentro del Sistema General de Pensiones, de una administradora de cualquiera de los regímenes o de un plan o fondo de pensiones, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la cual aquel haya manifestado por escrito la correspondiente selección."

En virtud de lo anterior, no compartimos su posición frente a que Colfondos S. A., no le brindo la información correspondiente a usted al momento de su vinculación a nuestra entidad, e igualmente aclaramos que su solicitud de anulación o traslado de su afiliación no puede ser atendida favorablemente dado que el mismo firmo formulario de afiliación a esta administradora como traslado de régimen el 09 de diciembre de 1994 y actualmente el estado del mismo es trasladado.

En Colfondos siempre nos encontramos dispuestos a atender sus solicitudes; cualquier inquietud adicional no dude en contactarnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctenos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá (601) 7484888, Barranquilla (605) 3869888, Bucaramanga (607) 6985888, Cali (602) 4899888, Cartagena (605) 6949888, Medellín (604) 6042888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Cordialmente,


Allinson Andrea Sarmiento Mayorga
Directora de Servicio al Cliente
Elaboró: JMD- Servicio al Cliente

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigirse en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones al afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: defensor@colfondos.com Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira. Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá, Tel.: (601) 213 13 70 y (601) 213 13 22, Celular: 321 924 04 79, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."

Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías: Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantías.
Bogotá (601) 7484888, Barranquilla (605) 3869888, Bucaramanga (607) 6985888, Cali (602) 4899888, Cartagena (605) 6949888, Medellín (604) 6042888
o gratis para el resto del país en la línea 01 800 05 10000





FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

CLASIFICACIÓN EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRIMENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS REGIONAL OFICINA
DEPENDIENTE ☒ INDEPENDIENTE ☐ Ejecutivo comercial Doc. Ejecutivo Comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento CC ☒ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ N.º de documento 4.627.519 Fecha de nacimiento Año 1962 Mes 05 Día 10
Primer apellido Muñoz Segundo apellido CAJAS
Primer nombre Oscar Segundo nombre August
Municipio de nacimiento Bolívar Departamento de nacimiento Cauca
Nacionalidad Colombiana Dirección residencia Calle 11 # 6-40 of 401 Ingreso mensual \$ 6'500.000
Municipio de residencia Cali Barrio / vereda de residencia San Pedro Salario Integral SI ☐ No ☒
Departamento de residencia Valle Teléfono Celular Es empleador SI ☐ No ☒
Ocupación u oficio Operario Alto riesgo SI ☐ No ☒
Correo electrónico Oscar.munoz@luvaga.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) SI ☐ NO ☐

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento CC ☐ NIT ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ TI ☐ N.º de documento 800.009.973-4 DV Código CIU
NATURALEZA Pública ☐ Privada ☒ Razón social o nombre Luvagas S.A.S.
Dirección Avenida 4B # 37A-127 Municipio Cali
Barrio / vereda Departamento Valle Sucursal Cali
Teléfono 6652509 Celular Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ☐ Traslado de régimen ☒ Traslado de entidad diferente ☐ Vinculación laboral ☐ No estuvo más de 150 semanas a las cajas o fuera del sector público SI ☐ No ☒ Subscrito SI ☐ No ☒
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior Porvenir S.A. Código
El afiliado desea continuar bajo el régimen especial de pensiones SI ☐ No ☒ ¿Cuál? Código Tarifa con la que debe cotizar %
LA 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 sus sistemas 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, recuperación y uso en cualquier medio de las bases de datos 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, decimamente 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 pertenecientes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES.

V. 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
OSCAR A. MUÑOZ
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE
FUELLA AFILIADO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"



