Certificado de cumplimiento
Fecha: 2026-03-04 13:31:58
Radicado: 20260054723

LA PROFESIONAL II DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO ADMINISTRADORA DEL MONOPOLIO RENTÍSTICO DE LOS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR – COLJUEGOS, EN SU CALIDAD DE SUPERVISOR

CERTIFICA QUE:

El señor **CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 14.216.253, el cual presta sus servicios a COLJUEGOS con el contrato de servicios N°. 313 de 2026, cuyo objeto es: "*Prestar servicios profesionales en psicología para apoyar los componentes del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo respecto a la gestión del riesgo psicosocial y acompañamiento técnico al Comité de Convivencia Laboral*" y con expediente contractual N°. CTO 313 - 2026. El cual, está amparado con Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **2026000323** de fecha 30 de enero de 2026 y Registro Presupuestal No. **2026000531** del 30 de enero de 2026.

CUMPLE a satisfacción en razón con la entrega del informe de actividades requeridos en cantidades y calidad que fueron exigidas en las obligaciones específicas del mencionado contrato; publicado en el SECOP II de la Agencia Nacional de Contratación Colombia Compra Eficiente (CCE) dentro del proceso contractual con expediente N°. CTO 313 - 2026

Lo anterior, acreditado por el supervisor en el informe de seguimiento y control de contratos, acorde al informe mensual de actividades entregados por el contratista y/o proveedor, junto con la cuenta de cobro 1 (enero) adjunta.

SE AUTORIZA el pago de la cuenta de cobro 1 (enero) anexa.

Se expide el presente certificado de cumplimiento en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de marzo de 2026.

LINE ALCIRA MUÑOZ ROJAS
Profesional II
Gerencia Administrativa
Supervisora del contrato N° 313 de 2026

Número de Folios: (dieciséis (16))
Anexo: (Nombre del (los) documento (s) que se anexa (n))
Numero de contrato, Nombre del contratista y número de expediente: CTO 313 - 2026 - **CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA** – EXP **CTO 313 – 2026**.

Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora
del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar

NIT: 900.505.060-5 - Carrera 11 Nº93A - 85
Línea Gratuita Nacional 018000 18 28 88,
desde Bogotá: 742 06 98 - Bogotá D.C. Colombia.
www.coljuegos.gov.co - contactenos@coljuegos.gov.co

Hacienda / Coljuegos	INFORME DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CONTRATOS	Código: CAG-FR-024 Vigencia: 03/03/2026 Versión: 1 Página: 1 de 1

Diligenciar los espacios resaltados en amarillo

I. DATOS DEL CONTRATO

Nombre del Contratista:	CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA		NIT/C.C.:	14,216,253	Responsable de IVA:	NO	Actividad Económica Principal	7 2 2 0	
Número de Contrato:	313 - 20216	Expediente:	CTO 313 - 2026		Año:	2026	Plazo (en meses):	6 meses	
Objeto:	Prestar servicios profesionales en psicología para apoyar los componentes del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo respecto a la gestión del riesgo psicosocial y acompañamiento técnico al Comité de Convivencia Laboral								
Número de Póliza:	14-45-101132852	Fecha aprobación Póliza SECOP II:	30/01/2026		Fecha inicio ejecución del Contrato:	30/01/2026	Fecha Fin del Contrato:	30/07/2026	
Valor del Contrato (incluido IVA) Si aplica:	36,000,000	Valor Adiciones al Contrato:			Valor Total		36,000,000		
Modificaciones:									

II. SEGUIMIENTO LEGAL CONTRACTUAL

Parámetro	¿Cumple?	Observaciones
La ejecución del contrato se encuentra dentro de los tiempos programados y el plazo de ejecución?	SI	**N/A**
Existen atrasos significativos al programa de ejecución definido?	NO	**N/A**
Las pólizas se encuentran vigentes y acordes con lo pactado en el contrato?	SI	**N/A**
Se verificó que el contratista subió el informe correspondiente en la opción de ejecución del contrato en el SECOP II?	NO	**N/A**
Se publicó debidamente la cuenta en el portal de Transparencia?	SI	**N/A**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CUMPLIDAS EN EL PERIODO A PAGAR	ENTREGABLES (informes, relación de elementos entregados en el almacén de Coljuegos, actas)	Cumple (obligación-requisitos)
Diseñar y apoyar la implementa-ción de acciones de intervención psicosocial, orientadas a la pre-vención, mitigación y control de los factores de riesgo identifica-dos, que permitan el mejoramien-to y seguimiento del clima laboral.	En cumplimiento de la instrucción impartida por el servidor adscrito a la Gerencia Administrativa, se realizó y remitió el 27 de febrero de 2026 a la dirección electrónica wgonza-lez@coljuegos.gov.co la presentación orientada a la concien-tización sobre que el acoso laboral no es normal ni puede normalizarse, en el marco de las acciones de intervención psi-cosocial dirigidas a la prevención, mitigación y control de fac-tores de riesgo, con el propósito de fortalecer y hacer segui-miento al clima laboral.	SI
Apoyar el desarrollar actividades de sensibilización y promoción del bienestar psicosocial, tales como talleres, jornadas o capacitaciones dirigidas a los servidores de la entidad.		PENDIENTE
Apoyar el desarrollar actividades de sensibilización y promoción del bienestar psicosocial, tales como talleres, jornadas o capacitaciones dirigidas a los servidores de la entidad.		PENDIENTE
Elaborar informes de seguimiento y resultados, que evidencien el avance de las actividades realizadas y su articulación con el componente psicosocial del SG-SST.		PENDIENTE
Las demás que sean acordadas con el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.		PENDIENTE

III. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

Parámetro	¿Cumple?	Observaciones					
¿El contratista (Persona Natural) adjunta soporte de pago de la planilla de Sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales acorde a la normatividad vigente?	SI	N° Planilla:	56629322		Fecha Pago:		24/02/202
		Salud	x	Pensión	N/A	ARL	x
		Periodo Cotización:			ENERO		
		Ingreso Base de Cotización (IBC):				$	80.000
¿El proveedor (Persona Jurídica) aporta certificación expedida por el Revisor Fiscal o Representante Legal que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de pago de las contribuciones al Sistema Integral de Seguridad Social y de los aportes Parafiscales que haya lugar?	NA	Fecha certificación:			N/A		
		Ley 789 de 2002					

IV. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

Fuente de Financiación 1	10-Nación		% Ejecución Recursos	1%		
Número CDP:	2026000323	Fecha: 30/01/2026	Número RP:	**2026000531**	Fecha:	**30/01/2026**
Valor CDP (sin 4x1000):	$ 36,000,000		Saldo CDP:	$ -		
Valor RP (sin 4x1000):	$ 36,000,000		Saldo RP:	$ 35,800,000		

Diligenciar en caso de que el contrato este financiado con más de una fuente o cuente con dos amparos presupuestales.

Fuente de Financiación 2			% Ejecución Recursos			
Número CDP:		Fecha:	Número RP :		Fecha:	
Valor CDP (sin 4x1000):			Saldo CDP:	$ -		
Valor RP (sin 4x1000):			Saldo RP:	$ -		
TOTAL EJECUCIÓN						

Hacienda / Coljuegos	INFORME DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CONTRATOS	Código: CAG-FR-024 Vigencia: 03/03/2026 Versión: 1 Página: 1 de 1

			% Ejecución Recursos	1%
Valor Total CDP (s):	$ 36,000,000	**Saldo Total CDP (s) :**	$ -	
Valor Total RP (s):	$ 36,000,000	**Saldo Total RP (s) :**	$ 35,800,000	

V. SEGUIMIENTO DE PAGOS

El informe genera pago:	SI	El pago es:	Parcial	Es el último o único Pago:	NO	Formato de Recibo de Gestión Documental y Archivo:	
Seleccione el pago que corresponde a:	Prestación Servicios						
Número de Factura electronica o Cuenta de cobro:	Cuenta de Cobro	1	Fecha Factura o Cuenta cobro:	04/03/2026	Valor a pagar:	$	200,000

FUENTE PARA PAGO	NUMERO DE PAGO	PERIODO	VALOR PAGADO
10-Nación	1	30 de enero del 2026	$ 200,000

Total pagado Nación:	$ 200,000
Total pagado Propios:	$ -
Total pagado:	**$ 200,000**

VI. OBSERVACIONES

Nota: Registre la información que pueda ser relevante y que este por fuera de las observaciones hechas en cada uno de los parámetros.

VII. REVISIÓN COMPLETITUD DOCUMENTAL (DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA PAGO)

Documentos	CUMPLE
1) Captura de pantalla aceptación de factura electrónica por parte del supervisor del contrato en el plataforma INVOWAY (Personas Jurídicas y Naturales Responsables de IVA).	NA
2) Certificado de cumplimiento de actividades firmado por el supervisor. VIGENTE EN ISOLUCION	SI
3) Informe de Seguimiento y Control de Contratos firmado por el supervisor. VIGENTE EN ISOLUCION	SI
4) Informe mensual de actividades realizadas de acuerdo con las actividades específicas y productos a entregar.	SI
5) Memorando Designación supervisor – Obligatorio en todas las cuentas y/o facturas.	SI
6) Resolución, Orden de servicios, Cuenta de Cobro (Para personas naturales FORMATO PRESENTACIÓN CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL VIGENTE EN ISOLUCION) o Factura electrónica (Emitida en el mes corriente). Para Gastos de viaje de contratistas, adicional adjuntar pasabordo si es viaje aéreo o copia del tiquete si es viaje terrestre.	SI
7) Certificado de que se encuentran al día en el pago de seguridad social firmado por representante legal o contador o revisor fiscal (Empresa) o planilla de pago al sistema integral de seguridad social donde se evidencie el IBC del mes cobrado (Contratistas).	SI
8) Copia Certificación Bancaria – Obligatoria en todas las cuentas.	SI
9) Copia del RUT – Documento obligatorio en todas las cuentas de cobro, cuya fecha de generación o emisión ante la DIAN corresponda a la vigencia actual. La fecha de generación puede verificarse en el pie de página de la primera hoja del documento. De conformidad con lo señalado en el Comunicado de Prensa No. 001 del 07 de enero de 2025 de la DIAN.	SI
10) Captura de pantalla del cargue de los informes en plataforma SECOP II y Web de Transparencia en un solo PDF:	NA
11) Formato de Recibo de Gestión Documental y Archivo. (Adjuntar en la última o único pago).	NA

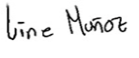
VIII. DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato u orden de compra, **certifica** que el contratista cumple con las obligaciones derivadas del contrato u orden de compra, así mismo, certifica que el contratista cumplió con los requisitos de Ley para el pago de los aportes de seguridad social. Información que hace parte de los soportes para el pago y que reposarán en el expediente del contrato en el sistema de gestión documental de la empresa.

SE AUTORIZA EL PAGO DE:	Cuenta de Cobro	1	Fecha:	04/03/2026	Valor :	$ 200,000

Verificar que no existan campos resaltados en amarillo y el correcto diligenciamiento de la información, con el fin de no generar devoluciones.

IX. FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Firma:	
Nombre:	LINE ALCIRA MUNOZ ROJAS
Cargo:	Profesional II
Fecha:	miércoles, 4 de marzo de 2026
Número Folios:	1
Nombre de los Anexos: (Ejemplo facturas. Informes. CDP etc.)	Soportes cuenta de cobro
Nombre, número de Contrato / orden de compra y o servicios de y Numero de expediente:	313 - 20216 - 2026 - CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA - CTO 313 - 2026

INFORME MENSUAL CONTRATO 313-2026 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – DEL 30 DE ENERO

INFORMACION GENERAL
FICHA TÉCNICA DEL CONTRATO.

NÚMERO DEL CONTRATO.	**313-2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA.	**CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA**
CÉDULA DE CIUDADANÍA.	14216253
NOMBRE DE LA DIVISIÓN.	GERENCIA ADMINISTRATIVA - COLJUEGOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO	LINE ALCIRA MUÑOZ ROJAS
NOMBRE DIRECTOR DE DIVISIÓN	MARTHA ALEJANDRA SÁNCHEZ SAAVEDRA
FECHA INICIAL DEL CONTRATO	30 de enero de 2026
FECHA FINAL DE CONTRATO	30 de julio de 2026
FECHA DE INFORME (Periodo reportado)	30 DE ENERO DE 2026

CONDICIONES DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar servicios profesionales en psicología para apoyar los componentes del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo respecto a la gestión del riesgo psicosocial y acompañamiento técnico al Comité de Convivencia Laboral.

INFORME DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES.

ACTIVIDADES.

Diseñar y apoyar la implementación de acciones de intervención psicosocial, orientadas a la prevención, mitigación y control de los factores de riesgo identificados, que permitan el mejoramiento y seguimiento del clima laboral.	En cumplimiento de la instrucción impartida por el servidor adscrito a la Gerencia Administrativa, se realizó y remitió el 27 de febrero de 2026 a la dirección electrónica **wgonzalez@coljuegos.gov.co** la presentación orientada a la concientización sobre que el acoso laboral no es normal ni puede normalizarse, en el marco de las acciones de intervención psicosocial dirigidas a la prevención, mitigación y control de factores de riesgo, con el propósito de fortalecer y hacer seguimiento al clima laboral.

INFORME MENSUAL CONTRATO 313-2026 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – DEL 30 DE ENERO

NO ES NORMAL.pptx
1 MB

No suele recibir correo electrónico de clemues@yahoo.es. Por qué es esto importante

----- Mensaje reenviado -----
De: Clemente Muñoz Espitia <clemues@yahoo.es>
Para: wgonzalez@coljuegos.gov.co <wgonzalez@coljuegos.gov.co>
Enviado: viernes, 27 de febrero de 2026, 10:46:25 p. m. COT
Asunto:

Responder Reenviar

Firma



CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA
Contratista
C.C. 14216253de Ibagué - Tolima

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	14216253	CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA	Calle 136 # 50-30	3133131119	romupra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56629322	24/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$10.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	10.000	0		0		0	12	100	0	10.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	500				500	12	100	600			5	600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	10.000	10.100
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	500	600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	10.500	10.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	14216253	CLEMENTE MUÑOZ ESPITIA	Calle 136 # 50-30	3133131119	romupra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56629322	24/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$10.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 14216253	MUÑOZ ESPITIA CLEMENTE	59	3			N	X																	0	0	0	0	0	0	0	EPS002	80.000	1	10.000	14-23	80.000	1	1	500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá D.C., 07 de octubre de 2022
RAD-112320-10-22

Señor (a):
CLEMENTE MUNOZ ESPITIA
CA 52 BO ARCANIZA 2
CLEMUES@YAHOO.ES
Tel: 3133131119
IBAGUE-TOLIMA

Tipo de Trámite: Devolución de Saldos
Asunto: Aprobación de Devolución de Saldos
Código: DS017
Identificación: 14216253

Respetado(a) Señor(a):

En relación con la solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que validados los requisitos establecidos en la Ley, Colfondos S.A. le informa que le ha sido **APROBADA UNA DEVOLUCION DE SALDOS.**

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio pensional acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo- y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es insuficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

2. El número de semanas cotizadas resulta inferior a las 1.150 semanas requeridas para acceder a la Garantía de Pensión Mínima, en concordancia con el Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

3. Adicionalmente usted fue asesorado en la posibilidad de acceder a la pensión familiar, Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) o continuar cotizando para pensión obligatoria y de esta forma optar por la pensión de vejez; sin embargo su decisión fue elegir la devolución de saldos por no pensión de vejez.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para aprobación de la devolución de saldos:

Beneficiario principal y sustitutos							
Número de ID.	**Nombre y Apellidos**	**F. de Nacimiento**	**Género**	**% de Distribución**	**Extinción del Derecho**	**Parentesco**	**Estado Beneficiario**
14216253	CLEMENTE MUNOZ ESPITIA	01/11/1953	Masculino	100%		Principal	Activo

Fecha de Adquisición del derecho: 01 de noviembre de 2015			
Información General			
Edad del afiliado	68	Saldo Cuenta de Ahorro Individual	$ 85.400.998
% de Pérdida de Capacidad Laboral			
Estado del Bono Pensional	ACREDITADO	Valor del Bono Pensional	$ 0
Total semanas cotizadas	1009	**Valor Devolución de Saldos**	**$ 85.400.998**
Total Semanas Cobertura			

Observaciones:

"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: (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 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."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
cadena. Nit. 890.930.534-0 ■ 22/09/2022_00000

De esta forma, en los próximos días procederemos a dar cumplimiento a lo manifestado por usted en el formato: *Solicitud de destinación de recursos de la devolución de saldos*, lo cual le informaremos mediante mensaje de texto, así mismo tenga en cuenta la siguiente información:

a) Si usted escogió como forma de pago consignación a cuenta bancaria y la transacción es rechazada por cualquier motivo, le solicitamos hacernos llegar copia de una nueva certificación bancaria. Este documento lo podrá remitir por nuestra página web: https://www.colfondos.com.co, por la opción ***Canales de servicio/Contáctanos***, luego que ingrese sus datos personales en los numerales del uno (1) al siete (7), en el numeral ocho (8) seleccione: ***Enviar documentos para iniciar o continuar trámite***, posteriormente seleccione: ***Pensiones Obligatorias – Trámites de pensión***, en el numeral nueve (9) seleccione: ***Pago devolución de saldos***, por último en el numeral diez (10) ingrese la información que considere relevante, en el numeral once (11) adjunte el presente documento firmado y haga clic en ***Enviar***.

b) Si su elección fue: pago en efectivo en entidad bancaria, una vez reciba el mensaje de texto podrá acercarse a cualquier sucursal del Banco Scotiabank Colpatria y con su documento de identificación hacer efectiva la devolución de los saldos.

El valor de la devolución de saldos podrá variar de acuerdo con la rentabilidad que obtenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago.

En Colfondos estamos comprometidos con nuestros afiliados para brindarles el acompañamiento y asesoría necesarias que les permitan tomar decisiones bien informadas. En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, no dude en contactarnos a través de nuestro portal: www.colfondos.com.co (aquí también podrá encontrar la normatividad relacionada anteriormente consultando el código del comunicado a través de la sección "aprende") sección **canales de servicio**, o a través de nuestro Contact Center en las siguientes líneas:

Ciudad	Teléfono	Ciudad	Teléfono
Bogotá:	(601) 7484888	Bucaramanga:	(607) 6985888
Barranquilla:	(605) 3869888	Cali:	(602) 4899888
Medellín:	(604) 6042888	Cartagena:	(605) 6949888
Resto del país:		01 800 05 10000	

Atentamente,

DIANA ASTRID ALBARRACIN
Coordinadora de Pensiones
Elaboró: Yenifer Colorado

"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: (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 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.."

EXCEPCIÓN COTIZACIÓN PENSIÓN

LEY 100 DE 1993

ARTÍCULO 61. PERSONAS EXCLUIDAS DEL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD. Están excluidos del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad:

a. Los pensionados por invalidez por el Instituto de Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público.

b. Las personas que al entrar en vigencia el sistema tuvieren cincuenta y cinco (55) años o más de edad, si son hombres, o cincuenta (50) años o más de edad, si son mujeres, salvo que decidan cotizar por lo menos quinientas (500) semanas en el nuevo régimen, caso en el cual será obligatorio para el empleador efectuar los aportes correspondientes.

DECRETO 758 DE 1990

Artículo 2° **Personas excluidas del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.** Quedan excluidos del Seguro Social Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte:

a) Los trabajadores dependientes que al inscribirse por primera vez en el Régimen de los Seguros Sociales, tengan 60 o más años de edad;

b) Los trabajadores independientes que se afilien por primera vez con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es varón;