

Comfenalco
Quindío

Sistema de Gestión Integral - Comfenalco Quindío

SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE APORTES

Versión: 001

Código: F-549

Fecha: 2021-06-10

Fecha: DD MM AA

Señores
Caja de Compensación Familiar COMFENALCO QUINDÍO
Armenia, Quindío

Asunto: **Devolución de Aportes**

De manera cordial, me permito solicitar la devolución de aportes parafiscales del aportante

_____ identificado con número de identificación _____

por concepto de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Error en el reporte de IBC | <input type="checkbox"/> 6. No afiliado a la administradora |
| <input type="checkbox"/> 2. Error en los días trabajados | <input type="checkbox"/> 7. Traslado del aporte a otra administrado por no afiliado |
| <input type="checkbox"/> 3. Error por identificación del cotizante | <input type="checkbox"/> 8. No afiliación. Devolución directa al aportante |
| <input type="checkbox"/> 4. Novedades | <input type="checkbox"/> 9. Devolución de aportes de pensionados e independientes a CCF |
| <input type="checkbox"/> 5. Mayor valor pagado, no aplica pensión voluntaria | <input type="checkbox"/> 10. Sin información en el periodo |

Documentos adicionales que se requieren para su respectivo trámite:

Traslado a otra Caja de Compensación Familiar:

- Copia del radicado de la afiliación en la otra Caja o Certificado de afiliación expedido por la Caja de Compensación en el cual se encuentra o estuvo afiliado el trabajador.
- Relación de los trabajadores por los cuales se solicita la devolución (Nombres completos, números de documentos, número de la(s) planillas (s), periodo y valor del aporte)

Devolución en calidad de Independiente:

- Certificado de la cuenta bancaria
- RUT
- Relación detallada de la devolución (Número de la(s) planillas (s), periodo y valor del aporte).

Devolución en calidad de Pensionado:

- Certificado de la cuenta bancaria
- Relación detallada de la devolución (Número de la(s) planillas (s), periodo y valor del aporte).

Devolución en calidad de Empleador:

- Certificado de la cuenta bancaria
- RUT
- Oficio radicado de alguna de las administradoras donde realiza la misma solicitud de devolución (Salud, ARL o Pensión).
- Relación de los trabajadores por los cuales se solicita la devolución (Nombres completos, números de documentos, número de la(s) planillas (s), periodo y valor del aporte).

Datos corporativos de contacto:

Nombre del funcionario: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo y/o celular: _____

Atentamente,

Firma del Representante Legal

Nombre del Representante Legal: _____

No. del documento: _____