



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: _____

por concepto de: _____

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

Documentos adicionales que se requieren para su respectivo trámite:

Traslado a otra caja de compensación familiar:

- Radicado o certificado de afiliación expedido por la Caja de Compensación en la cual se encuentra o estuvo afiliado el (los) trabajador(es).
- Relación de los trabajadores por los cuales se solicita la devolución (nombres completos, números de documentos, número de la(s) planilla(s),

Devolución en calidad de independiente:

- Certificado de la cuenta bancaria
- RUT
- Relación detallada de la devolución (número de la(s) planilla(s), periodo y valor del aporte)

Devolución en calidad de pensionado:

- Certificado de la cuenta bancaria diferente al de la mesada
- Relación detallada de la devolución (número de la(s) planilla(s), periodo y valor del aporte).

Devolución en calidad de empleador:

- Certificado de la cuenta bancaria
- RUT
- Solicitud enviada por parte de la empresa a todas las administradoras a las cuales se encuentra(n) afiliado(s) el (los) trabajador(es): ARL, EPS y Fondo de Pensiones, con su respectiva respuesta.
- Relación de los trabajadores por los cuales se solicita la devolución (nombres completos, números de documentos, número de la(s) planilla(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: _____

Número del documento: _____