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

Asunto: Devolución de Aportes

Número de identificación del Aportante: _____

Razón Social del Aportante: _____

Correo electrónico del Aportante: _____

Celular del Aportante: _____

A continuación, marque con una (X), el motivo por el cual solicita el Traslado o la Devolución:

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

Devolución en calidad de independiente:

- Certificado de la cuenta bancaria, Nequi o Daviplata.
- RUT del aportante.
- 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 o Certificado de Nequi o Daviplata.
- Comprobantes de pago.

Devolución en calidad de empleador:

- Certificado de la cuenta bancaria
- RUT del aportante.
- 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).

Nota: En caso de que la solicitud se presente por motivo de error en la identificación del cotizante o por novedades, deberá anexar la solicitud enviada por la empresa a todas las administradoras a las cuales se encuentre(n) afiliado(s) el(los) trabajador(es), es decir, ARL, EPS y Fondo de Pensiones.

Atentamente,

Firma del Representante Legal y/o Jefe de Gestión Humana _____

Nombre completo y cargo: _____

Número del documento: _____

Vigilado **Supersubsidio**