

FORMULARIO SOLICITUD DEVOLUCIÓN APORTES A TERCEROS

RADICACIÓN

I. DATOS APORTANTE

1. Tipo Documento NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		2. Número Documento	3. Razón Social o Nombre Aportante - AFP's	
4. Dirección de correspondencia			5. Ciudad	6. Departamento
7. Dirección de correo electrónico			8. Teléfono Fijo <input type="text"/> Movil <input type="text"/>	

II. DETALLE SOLICITUD DEVOLUCION

9. Causal de Devolución: Exonerado (1) Inactividad Laboral Régimen Subsidiado (2)

10. Fecha Inicial AAAA/MM/DD	11. Fecha Final AAAA/MM/DD	12. Tipo ID /Número identificación	13. Nombre Cotizante o Pensionado
AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD		
AAAA/MM/DD	AAAA/MM/DD		

(1) Para causal de Devolución de aportes por Exonerado, se debe anexar Acto Administrativo. (2) Para causal de Devolución por Régimen Subsidiado, se debe anexar la Certificación del Consorcio Prosperar en el cual informa el estado del afiliado.

III. DETALLE SOLICITUD DEVOLUCION ERROR EN PAGO

14. Tipo de error Error IBC Exceso Pagos Dobles

15.. Ciclo	16.. Número Planilla de Pago	17. IBC Correcto	18. Tipo ID /Número identificación	19. Nombre Cotizante

Para la causal de devolución originada por Exceso o por Pagos Dobles, diligencie las casillas 15 y 16 (no se requiere diligenciar las casillas del 17 al 19)

IV. DATOS DEVOLUCION APORTANTE - AFP's

20. Entidad Financiera del Aportante - AFP's	21. Tipo de Cuenta del Aportante - AFP's Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	22. Número Identificación del Aportante - AFP's

La Certificación Bancaria no se requiere para casos de Inactividad Laboral, por cuanto la Devolución se efectuará a nombre de la otra AFP (Adminstradora de Pensiones).

La información suministrada en este formulario y sus anexos por el afiliado aportante o su apoderado deberá ser veraz, completa y cierta. En caso de encontrarse inconsistencias, fraude o falsedad sobre la misma se procederá según lo determina la legislación vigente por falsedad en documento privado. Art, 289 de la ley 599 de 2000 (Código Penal Colombiano) o las normas que la adicionen o modifiquen.

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios 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, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. **2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente 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 pertinentes. **3.** La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

23. Nombre y Firma

“TU FUTURO LO CONSTRUIMOS
ENTRE LOS DOS”



- 1. Tipo Documento:** Marque con una X el tipo de documento de identificación. (NIT: Número de Identificación Tributaria, CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte).
- 2. Número Documento:** Escriba el número del documento de identidad. En caso del NIT escriba el dígito de verificación.
- 3. Razón Social o Nombre Aportante:** Escriba nombre completo de la persona natural o jurídica, según sea el caso.
- 4. Dirección de correspondencia:** Escriba los datos de su domicilio principal.
- 5. Ciudad:** Escriba la ciudad en la cual se realiza el trámite de devolución.
- 6. Departamento:** Escriba el departamento en el cual se realiza el trámite de devolución.
- 7. Dirección de correo electrónico:** Escriba correo electrónico de contacto.
- 8. Teléfono:** Escriba el número de teléfono de contacto.
- 9. Causal de devolución:** Se marca con una X la Causal según sea el caso:
 - Exonerado:** Pensionados por vejez o que recibieron una indemnización sustitutiva de la pensión y con posterioridad efectuaron cotizaciones a Colpensiones en pensión.
 - Inactividad Laboral:** Afiliados al Régimen de Prima Media que siendo empleados oficiales no se encontraban laborando al 1º de abril de 1994.
 - Régimen Subsidiado:** Persona que habiendo perdido el derecho al subsidio, continuó realizando aportes.
- 10. Fecha Inicial:** Fecha en la cual se iniciaron los pagos solicitados en devolución.
- 11. Fecha Final:** Fecha en la cual se terminaron los pagos solicitados en devolución.
- 12. Tipo ID / Número Identificación:** El tipo de documento (NIT: Número de Identificación Tributaria, CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, CD Carné Diplomático, PA: Pasaporte), y el número de identificación del Cotizante a nombre del cual se realizaron los pagos.
- 13. Nombre Cotizante o Pensionado:** Nombre del Cotizante o pensionado a nombre del cual se realizaron los pagos.
- 14. Tipo de error:** Marque con una X el tipo de Error en Pago:
 - Error IBC:** El aportante canceló por una o varias personas con un IBC (Ingreso Base de Cotización) incorrecto.
 - Exceso:** Mayor valor pagado por un Ciclo determinado.
 - Pagos Dobles:** Pago doble para un mismo ciclo.
- 15. Ciclo:** Mes y año de cotización por el cual se realizó el aporte.
- 16. Número Planilla de Pago:** Número asignado por el operador, si fue cancelado por PILA o Número del Comprobante físico de pago.
- 17. IBC Correcto:** Ingreso Base de Cotización correcto.
- 18. Tipo ID / Número Identificación:** El tipo de documento (NIT: Número de Identificación Tributaria, CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, CD Carné Diplomático, PA: Pasaporte), y el número de identificación del Cotizante a nombre del cual se realizaron los pagos.
- 19. Nombre Cotizante:** Nombre del Cotizante a quien se le realizaron los aportes.
- 20. Entidad Financiera:** Nombre de la entidad financiera a la cual pertenece la cuenta del aportante autorizada para recibir la devolución del aporte.
- 21. Tipo de Cuenta del aportante - AFP's:** Tipo de cuenta del aportante autorizada para recibir la devolución del aporte.
- 22. Número de Cuenta del aportante - AFP's:** Número de cuenta del aportante autorizada para recibir la devolución del aporte.
- 23. Nombre y Firma:** Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.