



FORMULARIO SOLICITUD DEVOLUCIÓN APORTES A TERCEROS

COLPENSIONES
14/11/2014 05:48:57 P.M.
SUPERCADE ATENCIONES
BOGOTÁ - BOGOTÁ, D.C.
DEVOLUCIÓN DE APORTES A
TERCEROS
1201496235350 D

DATOS APORTANTE

1. Tipo Documento ☐ CC ☒ CE ☐ CO ☐ PA ☐ 2. Número Documento **37915697** 3. Razón Social o Nombre Aportante - AFP **Esther Melina Calvete Herrera**
4. Dirección de correspondencia **9916 41 F N e 78063 sur Timiza** 5. Ciudad **Bogotá** 6. Departamento **Cundinamarca**
7. Dirección de correo electrónico **micoelamajia1955@hotmail.com** 8. Teléfono **2649562** 9. Móvil **3163156897**

II. DETALLE SOLICITUD DEVOLUCION

9. Causal de Devolución: Exonerado (1) ☐ Inactividad Laboral ☐ Régimen Subsidiado (2) ☐ 10. Fecha Inicial 11. Fecha Final 12. Tipo ID / Número Identificación 13. Nombre Cotizante o Pensionado
(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. Cielo **092014** 16. Número Hoja de Pago **8830125095** 17. IBC Correcto 18. Tipo ID / Número Identificación **37915697** 19. Nombre Cotizante **Esther Melina Calvete Herrera**

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

20. Entidad Financiera del Aportante - AFP 21. Tipo de Cuenta del Aportante - AFP Ahorros ☐ Corriente ☐ 22. Número Identificación del Aportante - AFP

La Certificación Bancaria no se requiere para casos de Inactividad Laboral, por cuanto la Devolución se efectuará a nombre de la otra AFP (Administradora 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. 269 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, procesamiento, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las cartillas de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren 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 **Esther Melina Calvete Herrera**
ducepoufuey