



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO**  
**SISTEMA DE GESTION**  
**FORMATO PARA DEVOLUCION DE APORTES**

**Código**  
PAS-SAP-F-22

**Versión**  
1

**Fecha de Aprobación**  
08/08/2017

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_

**FECHA:**

DÍA	MES	AÑO

SEÑORES  
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO**  
 CIUDAD

**REF; DEVOLUCION Y REINTEGRO DE APORTES**

La Empresa \_\_\_\_\_, identificada con NIT. No. \_\_\_\_\_,  
 cordialmente solicitamos a ustedes se realice la devolución y/o transferencia de los siguientes aportes indicados a continuación:

CEDULA TRABAJADOR	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PERIODO SOLICITADO		FECHA DE PAGO			NÚMERO DE PLANILLA	VALOR COTIZADO	VALOR A DEVOLVER
		Mes	Año	Día	Mes	Año			

**MOTIVO DE DEVOLUCIÓN:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**NOMBRES ENCARGADO DE NOMINA O REPRESENTANTE LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**