

FONDO DE CESANTÍAS COLFONDOS
SOLICITUD DE RETIRO DE CESANTÍAS No. 3202451



FECHA SOLICITUD DE RETIRO	OFICINA DE RETIRO	CIUDAD	HORA DE RECIBIDO
---------------------------	-------------------	--------	------------------

Señores
 Fondo de Cesantías COLFONDOS
 Solicito tramitar el retiro de mi cuenta de Cesantías, para lo cual anexo la documentación requerida y certifico la validez de la información diligenciada.

DATOS DEL AFILIADO			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
No. IDENTIFICACIÓN			TIPO DE IDENTIFICACIÓN
			C.C. T.I. C.E. R.C. P.E. PAS
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	DPTO. / ZONA / ESTADO DE RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	Autorizo el envío de mis extractos a la dirección de Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	
TELÉFONO RESIDENCIA			
PAÍS RESIDENCIA		PAÍS TRABAJO	

AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL DEL AFILIADO	
¿Debe usted declarar sus impuestos en los Estados Unidos de América? SI () NO () ¿Debe usted declarar sus impuestos en un país diferente a Colombia o a los EEUU? SI () NO () Si respondió SI, indique el país(es) y su Número de Identificación Tributaria (NIT/TIN) o Número de Seguridad Social (SSN). Si no puede informar el NIT/TIN o SSN, indique la razón usando el código correspondiente: (A) Se solicitó o se va a solicitar pero no se ha recibido (B) La autoridad tributaria del país no expide (C) Otra razón (Explique).	
Nota: Las personas que deben declarar sus impuestos en EEUU incluye, pero no se limita a: Ciudadanos de EEUU (personas con doble nacionalidad) y personas con estatus de Residente Permanente en EEUU.	
País	TIN/SSN: Código para no informar TIN/SSN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:
País	NIT/TIN: Código para no informar NIT/TIN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:
País	NIT/TIN: Código para no informar NIT/TIN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:
País	NIT/TIN: Código para no informar NIT/TIN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:

CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO
 Certifico que la información entregada en este formato se encuentra completa y correcta. Autorizo a la entidad para entregar, de forma directa o indirecta, a las autoridades tributarias correspondientes o a cualquier otra parte autorizada a auditar o conducir una revisión similar con fines tributarios en la entidad, la información contenida en este formato y/o a entregar copia de esta información, así como informar a dichas autoridades tributarias o partes autorizadas respecto de cualquier otra información que la entidad pueda tener en su poder que sea relevante para la clasificación declarada en esta certificación. Reconozco que la información contenida en este formato y la información respecto a mis cuentas en la entidad (incluyendo la información de los saldos o balances de las cuentas y pagos recibidos) pueden ser reportadas a las autoridades tributarias locales, y que estas autoridades tributarias pueden también entregar dicha información a las autoridades de cualquier otro país adicional, que yo haya listado anteriormente como un país en el que soy responsable tributario. Me comprometo notificar a la entidad de manera inmediata cualquier cambio de circunstancia que puedan causar que la información contenida en este formato deje de ser correcta y válida, así como entregar a la entidad una Autocertificación de Residencia Fiscal actualizada dentro de los primeros 30 días en que se haya presentado un cambio en dicha circunstancia.

DATOS DE LA EMPRESA		
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN LUGAR DE TRABAJO	TELÉFONO

CONCEPTO Y DATOS DEL RETIRO		
VALOR: \$	RETIRO DEFINITIVO	RETIRO PARCIAL
VALOR EN LETRAS:	TERMINACIÓN DEL CONTRATO <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN PATRONAL <input type="checkbox"/> CONVERSIÓN A SALARIO INTEGRAL <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DEL AFILIADO <input type="checkbox"/>	PRESTACIÓN SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE - RETIRO TOTAL <input type="checkbox"/> COOPERADO - RETIRO TOTAL <input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> COMPRA ACCIONES <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE - RETIRO PARCIAL <input type="checkbox"/> COOPERADO - RETIRO PARCIAL <input type="checkbox"/>

PERSONA DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA EL RETIRO DE LAS CESANTÍAS			
NOMBRE Y APELLIDOS	No. Identificación	FIRMA Y SELLO	CARGO

FORMA DE PAGO DEL RETIRO			
1. Abono Automático (Electropago) (**) No. Cta. _____ Entidad _____ Tipo de cuenta Ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>			
2. Pagos PIN (a través de corresponsal no bancario) (***)		3. Efectivo (a través de algunas oficinas bancarias)	
4. Cheque <input checked="" type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>			
Nombre y Apellidos Beneficiario del Cheque		No. de Identificación del Beneficiario	

Señor afiliado: el cheque correspondiente al valor de su retiro de cesantías se emitirá con sello de cruce restrictivo. El monto para pago en efectivo es limitado.
 • En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, le informamos que los datos personales que usted ha diligenciado en este formato son tratados conforme al Aviso de Privacidad, a la Política de Protección de Datos y a la autorización de Manejo de datos Personales que usted puede consultar en la página web: www.colfondos.com.co
 • (**) Autorizo a Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías a efectuar el pago de mis cesantías en la cuenta elegida anteriormente. Certifico que la información suministrada en este formato es verídica y completa.
 • (***) Autorizo que me sea informado mediante mensaje de texto al número de celular registrado en este formato los datos necesarios para disponer de los recursos en el corresponsal no bancario utilizado por COLFONDOS para el pago.

FIRMA DEL AFILIADO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	HUELLA ÍNDICE DERECHO
--------------------	--------------------------	-----------------------

PARA DILIGENCIAMIENTO DE COLFONDOS			
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA	CARGO	FECHA:	Certificamos que efectuamos los controles y procedimientos según el manual de retiros de cesantías y conocimiento del cliente, por lo cual autorizamos el pago.
RESPONSABLE COLFONDOS	TELÉFONO CONTACTO	VALIDADO VIGÍA SI	
NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL	FIRMA ASESOR COMERCIAL	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE RECIBIDO
NOMBRE REPRESENTANTE DE SERVICIO	FIRMA REPRESENTANTE DE SERVICIO	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR	FIRMA DEL ADMINISTRADOR

IV-2010 LOS RETIROS PARCIALES GENERAN COMISIÓN SOBRE EL MONTO DEL RETIRO, SIN QUE ESTE EXCEDA EL 27,94% DEL SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE. ESTE TIPO DE TRANSACCIONES GENERAN GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS (GMF) DE ACUERDO CON LA TARIFA VIGENTE, EXCEPTUANDO LAS TRANSFERENCIAS CON CITIBANK, BANCOLOMBIA O COLPATRIA. SER-GSC-FOR 017 V9

• Si usted tiene recursos en la subcuenta de corto plazo, todo retiro parcial se aplicará afectando en primera medida a estos recursos.
 • En caso de no ser suficientes los recursos existentes en la subcuenta de corto plazo para aplicar el retiro parcial, se afectarán los recursos existentes en la subcuenta de largo plazo.
 Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías - Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantías

- FONDO DE CESANTIAS -

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA