

Neiva, ____ de _____ de _____

Señores
RECAUDO APORTES PARAFISCALES
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA
Neiva

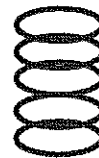
Asunto: **SOLICITUD DE DEVOLUCION DE APORTES PARAFISCALES**

Me permito solicitar devolución de Aportes Parafiscales de la empresa _____
nit _____ por los trabajadores:

TRABAJADOR	No. DOCUMENTO	No. PLANILLA	PERIODO	APORTE A DEVOLVER

Debido a que:

Se canceló doble el periodo:
Se canceló sobre una base de cotización mayor:
Se cancela más días laborados:
Se cancela erradamente a esta Caja de Compensación:
Se cancela por trabajador incorrecto:
Otro: _____



Atentamente,

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
CC

FAVOR DILIGENCIAR LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del contacto: _____
Direccion de la empresa: _____
Ciudad: _____
Correo electronico: _____
Telefono fijo y celular: _____

DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR:

- Certificado Bancario de la Empresa (si la devolución es directamente a la empresa) o de la Caja de Compensación (si la devolución es directamente a otra Caja de Compensación).
- Certificado de afiliación expedido por la Caja de compensación donde se encuentra o estuvo afiliado el trabajador.
- En caso de mayor Aporte pagado, nómina del trabajador que corresponde al periodo por el cual solicita la devolución.
- En caso de presentar múltiple afiliación en diferentes Cajas de compensación, Contrato laboral del trabajador.
- Si la solicitud es por más de dos trabajadores anexar relación.