

FONDO DE CESANTÍAS COLFONDOS

SOLICITUD DE RETIRO DE CESANTÍAS No.

FECHA SOLICITUD DE RETIRO AAAA MM DD	OFICINA DE RETIRO	CIUDAD	HORA DE RECIBIDO
---	-------------------	--------	------------------

 ESPACIO PARA
SELLO 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. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> REG. CIV. <input type="checkbox"/>
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"/>	
PAÍS RESIDENCIA		PAÍS TRABAJO			

INFORMACIÓN FATCA-US Y/O CRS

Es usted nacional, residente, o responsable tributariamente en un país distinto a Colombia? SI () , NO (). Si su respuesta es SI por favor indique el nombre del (los) país(es) del (los) cual (es) es nacional, residente o responsable tributariamente y su número de TIN o Número de Identificación Tributaria. Si el país no emite TIN o Número de Identificación Tributaria por favor marque con una X la casilla "País no emite TIN".

País	País o Número de Identificación Tributaria en una jurisdicción distinta a Colombia No.	País no emite TIN
1. <input type="text"/>	1. <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	2. <input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>	3. <input type="checkbox"/>

CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

Por este medio certifico que la información proporcionada para efectos FATCA -US y/o CRS es correcta y está completa. Para tales efectos autorizo a Colfondos a proporcionar la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de Colfondos para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer Colfondos y que es pertinente para mi calificación. Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en Colfondos se notifique a cualquier autoridad fiscal. Finalmente me comprometo a avisar inmediatamente a Colfondos sobre cualquier cambio en las circunstancias que motiven la actualización de la información contenida en este documento y a proporcionar a Colfondos un formulario actualizado y apropiado de Auto certificación.

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) (**)	Entidad <input type="text"/>	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/>	Ahorro <input 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 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.

 HUELLA ÍNDICE
DERECHO

FIRMA DEL AFILIADO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
--------------------	--------------------------

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 VIGIA 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

FONDO DE CESANTÍAS COLFONDOS

SOLICITUD DE RETIRO DE CESANTÍAS No.

FECHA SOLICITUD DE RETIRO AAAA MM DD	OFICINA DE RETIRO	CIUDAD	HORA DE RECIBIDO
---	-------------------	--------	------------------

 ESPACIO PARA
SELLO 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. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> REG. CIV. <input type="checkbox"/>
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"/>	
PAÍS RESIDENCIA		PAÍS TRABAJO			

INFORMACIÓN FATCA-US Y/O CRS

Es usted nacional, residente, o responsable tributariamente en un país distinto a Colombia? SI (), NO (). Si su respuesta es SI por favor indique el nombre del (los) país(es) del (los) cual (es) es nacional, residente o responsable tributariamente y su número de TIN o Número de Identificación Tributaria. Si el país no emite TIN o Número de Identificación Tributaria por favor marque con una X la casilla "País no emite TIN".

País	TIN o Número de Identificación Tributaria en una jurisdicción distinta a Colombia No.		País no emite TIN
1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	
2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	

CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

Por este medio certifico que la información proporcionada para efectos FATCA –US y/o CRS es correcta y está completa. Para tales efectos autorizo a Colfondos a proporcionar la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de Colfondos para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer Colfondos y que es pertinente para mi calificación. Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en Colfondos se notifique a cualquier autoridad fiscal. Finalmente me comprometo a avisar inmediatamente a Colfondos sobre cualquier cambio en las circunstancias que motiven la actualización de la información contenida en este documento y a proporcionar a Colfondos un formulario actualizado y apropiado de Auto certificación.

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"/>	PRESTACIÓN SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/>	VIVIENDA <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE - RETIRO PARCIAL <input type="checkbox"/>
	SUSTITUCIÓN PATRONAL <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE - RETIRO TOTAL <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>	COOPERADO - RETIRO PARCIAL <input type="checkbox"/>
	CONVERSIÓN A SALARIO INTEGRAL <input type="checkbox"/>	COOPERADO - RETIRO TOTAL <input type="checkbox"/>	COMPRA ACCIONES <input type="checkbox"/>	
	FALLECIMIENTO DEL AFILIADO <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) (**)	Entidad _____	Tipo de cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
No. Cta. <input type="checkbox"/>				
2. Pagos PIN (a través de corresponsal no bancario) (***)	3. Efectivo (a través de algunas oficinas bancarias) <input type="checkbox"/>	4. Cheque <input 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.		HUELLA ÍNDICE DERECHO
• 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
--------------------	--------------------------

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 VIGIA SI <input type="checkbox"/>	

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

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA LEGALMENTE PARA EL TRÁMITE DE RETIRO DE CESANTÍAS

DOCUMENTACIÓN GENERAL

1. Formato de "Solicitud de Retiro Cesantías" (SER-GSC-FOR-017 Versión 7.)
2. Fotocopia legible del documento de identidad del solicitante, cuando no sea legible debe presentar certificado emitido por la Registraduría del Estado Civil donde esté validando el nombre, número de identificación, fecha de nacimiento y fecha de expedición.
3. Cuando se presente pignoración sobre el auxilio de cesantías se deberá adjuntar adicionalmente certificación del saldo de la deuda. En este caso el empleador debe diligenciar la casilla correspondiente a los datos del beneficiario del pago que contiene la solicitud.

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

RETIRO PARCIAL SECTOR PRIVADO

A. RETIRO PARCIAL VIVIENDA

EN ESTE CASO LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA GIRARÁ A QUIEN DETERMINE EL EMPLEADOR.

1. Carta de la empresa certificando los siguientes datos: Nombre del trabajador interesado, número de documento de identidad, valor del anticipo, concepto del retiro, afirmación del propio empleador de haber verificado y estar dispuesto a vigilar que el trabajador va a utilizar su cesantía en las inversiones previstas por la ley.

B. RETIRO PARCIAL EDUCACION - ESTUDIOS SUPERIORES

EN ESTE CASO LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA GIRARÁ A NOMBRE DE LA ENTIDAD EDUCATIVA.

1. Original y fotocopia del recibo de matrícula por parte de la Institución de Educación Superior o instituciones que imparten programas técnicos en artes y oficios que estén aprobados por autoridades de educación departamental y/o certificación original expedida por la entidad de educación superior sobre la admisión del estudiante, donde conste: Nombre y Nit de la institución, área de estudio, tiempo de duración, valor de la matrícula y forma de pago.
2. Copia de la resolución de aprobación de la institución educativa y constancia de la aprobación del respectivo programa educativo para los casos de educación; para el trabajo y el desarrollo.
3. Documentos que acrediten la calidad del beneficiario (cónyuge, compañero(a) o hijos), tales como registro civil de nacimiento, registro civil de matrimonio, partida eclesiástica, o declaración extrajurídico.

C. COMPRA DE ACCIONES DE EMPRESAS ESTATALES EN PROGRAMA DE VENTA DE SU PROPIEDAD ACCIONARIA PARA SUS TRABAJADORES, EXTRABAJADORES Y PENSIONADOS

EN ESTE CASO LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA GIRARÁ A LA ENTIDAD VENDEDORA O AL COMISIONISTA DE BOLSA.

1. Original o fotocopia autenticada del comprobante de adjudicación de las acciones.

2. Carta dirigida al empleador o a la administradora de sus Cesantías manifestando su intención de adquisición de las acciones por lo menos 15 días calendario anterior al vencimiento del plazo correspondiente a la oferta.
3. Resolución emitida por la Entidad Pública autorizando el pago (para retiros sector público)

SI UD. ES AFILIADO INDEPENDIENTE, SOLO NECESITA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN GENERAL.

SI UD. ES AFILIADO COOPERADO DEBERÁ ADJUNTAR AUTORIZACIÓN DE LA COOPERATIVA PARA LOS CASOS QUE ASÍ SE REQUIERA.

RETIRO DEFINITIVO SECTOR PRIVADO

A. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO.

1. Prueba sumaria que acredite este hecho.

PARA LOS SIGUIENTES CASOS, SE REQUIERE COMUNICACIÓN DEL EMPLEADOR DONDE INFORME SOBRE EL HECHO.

B. SUSTITUCIÓN PATRONAL

C. CONVERSIÓN A SALARIO INTEGRAL

D. FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

1. Carta del Empleador (Resolución o acto administrativo para el sector público) informando los beneficiarios o diligenciamiento del formato de retiro SER-GSC-FOR-017 Versión 6.
2. Certificado de Registro Civil de defunción original o fotocopia autenticada.
3. Documentos que acrediten la calidad de beneficiario según sea el caso: Cónyuges (Registro Civil de Matrimonio), Compañeros Permanentes (2 Declaraciones extra juicio ante Notario donde especifique tiempo modo y lugar de convivencia realizada por dos personas diferentes a familiares), Hijos (Registro Civil de Nacimiento), Padres (Registro Civil de Nacimiento del afiliado).
4. Publicación de 2 edictos o avisos por parte del empleador según lo dispuesto por Ley (Artículo 212 y 258 del C.S.T.).
5. Fotocopia documento de identificación afiliado.
6. Fotocopia y original de documentos de los beneficiarios.

E. PRESTACIÓN SERVICIO MILITAR

1. Certificado de incorporación expedido por las fuerzas militares.

RETIRO PARCIAL SECTOR PÚBLICO

A. RETIRO PARCIAL VIVIENDA

1. Original resolución o Acto Administrativo emitida por la entidad donde certifique la autorización del retiro parcial de las cesantías, con los siguientes datos: Nombre del trabajador interesado, número de documento de identidad, valor del anticipo, concepto del retiro, afirmación del propio empleador de haber verificado y estar dispuesto a vigilar que el trabajador va a utilizar su cesantía en las inversiones previstas por la ley.

B. RETIRO PARCIAL EDUCACIÓN

1. Original resolución o Acto Administrativo emitida por la entidad.
2. Original y fotocopia del recibo de matrícula por parte de la Institución de Educación Superior o instituciones que imparten programas técnicos en artes y oficios que estén aprobados por autoridades de educación departamental y/o certificación original expedida por la entidad de educación superior sobre la admisión del estudiante, donde conste: Nombre y Nit de la institución, área de estudio, tiempo de duración, valor de la matrícula y forma de pago.
3. Copia de la resolución de aprobación de la institución educativa y constancia de la aprobación del respectivo programa educativo para los casos de educación; para el trabajo y el desarrollo.
4. Documentos que acrediten la calidad del beneficiario (cónyuge, compañero(a) o hijos), tales como registro civil de nacimiento, registro civil de matrimonio, partida eclesiástica, o declaración extrajurídico.

RETIRO DEFINITIVO SECTOR PÚBLICO

1. Original resolución o Acto Administrativo emitida por la entidad indicando la fecha de terminación del contrato y/o prueba sumaria de terminación de contrato o relación laboral.

LLAME GRATIS 01 8000 510 000 PARA FUERA DE BOGOTÁ Y AL 7 484 888 EN BOGOTÁ