



**CAJA DE SEGURO SOCIAL
PLAN DE RETIRO ANTICIPADO AUTOFINANCIABLE - PRAA**

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES
Artículo 13 de la Ley No.54 de 27 de diciembre de 2000.**

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD PERSONAL: _____ SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

TEL. RES: _____ CELULAR: _____

TEL. AUXILIAR: _____ PREGUNTAR POR: _____

COLEGIO DONDE LABORA: _____ TELÉFONO: _____

SEXO: FEMENINO

MASCULINO

FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE

**PARA USO DE LA
CAJA DE SEGURO SOCIAL**

FECHA DE RECIBIDO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE

FIRMA