

**FORMATO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE DINERO**

Bogotá D.C. \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Señores  
CIRUPLASTIA DRS  
MONROY IPS  
E.S.D.

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado(a) con  
\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, me dirijo  
a ustedes para solicitar de manera respetuosa la devolución de los pagos efectuados hasta el día <sup>20</sup> de  
Enero \_\_\_\_\_ de 202\_, el cual se refleja en el (los) recibo(s) de caja, consignación(es) o transferencia(s)  
bancaria(s) \_\_\_\_\_ por un valor total de  
\_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) los cuales fueron  
entregados con objeto de desarrollar los siguientes procedimientos  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ los cuales fueron contratados  
bajo el número de contrato \_\_\_\_\_.

Así mismo, me permito manifestar que el motivo de la devolución  
es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Por lo anterior,  
entiendo que la presente solicitud de devolución se realizará acorde a lo estipulado en las políticas de  
devolución adoptadas por la empresa, las cuales son de mi conocimiento y acepto en su totalidad.

Finalmente declaro que la información para realizar la devolución del dinero es la siguiente:

**Entidad Bancaria:** \_\_\_\_\_ **Tipo de Cuenta:** Ahorros<sup>\*</sup> Corriente \_\_\_\_\_  
**No. de cuenta:** \_\_\_\_\_ **Titular de la cuenta:** \_\_\_\_\_  
**Tipo de identificación del titular de la cuenta** <sup>Cóputa</sup> \_\_\_\_\_  
**Número de identificación del titular de la cuenta** \_\_\_\_\_

Documentos Adjuntos:

1. Copia del documento de identidad del solicitante.
2. Copia de la certificación bancaria con vigencia de 30 días de la cuenta relacionada en esta solicitud.
3. Copia del soporte de los pagos realizados.

Atentamente,

-----  
**(Nombre del solicitante)**

Tel:

Correo electrónico

## AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA RECLAMO DE DEVOLUCIÓN DE DINERO

Bogotá D.C. \_\_\_\_de \_\_\_\_\_de 202\_\_

Señores  
CIRUPLASTIA DRS MONROY IPS  
E.S.D.

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado(a) con  
\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por  
medio del presente me permito autorizar a \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
identificado(a) c o n \_\_\_\_\_ n u m e r o \_\_\_\_\_ d e  
\_\_\_\_\_, para que en mi nombre reclame los conceptos y los valores consignados en el  
formulario de devolución de dinero adjunto.

De esta manera declaro que autorizó a CPS GROUP S.A.S. a que entregue el dinero en virtud de la solicitud  
de devolución de dinero adjunta y que sea entregado a la persona indicada en el párrafo anterior

Por lo anterior, me permito adjuntar a esta autorización:

1. Copia del documento de identidad del tercero autorizado.
2. Copia del documento de identidad de quien autoriza.
3. Copia de la certificación bancaria con vigencia de 30 días de la cuenta relacionada en el formulario de  
devolución de dinero.
4. Copia del soporte de los pagos realizados por el que autoriza.
5. Copia del Registro civil de nacimiento que demuestre parentesco en caso de DEVOLUCIÓN POR  
FALLECIMIENTO.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante)

Tel:

Correo electrónico