

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Señores:

**COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con cédula de ciudadanía \_\_\_ cédula de Extranjería \_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Solicito la devolución de (valor en letras) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por concepto de consignación realizada en la cuenta No. \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ a nombre del Colegio Médico Colombiano.

Bajo la gravedad del juramento declaro que:

No se realizó el siguiente trámite: \_\_\_\_\_

Por la siguiente razón: \_\_\_\_\_

e igualmente la primera vez que realizo ese tipo de solicitud ante el Colegio Médico Colombiano.

Describa a donde se debe consignar el dinero:

Entidad bancaria: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Nombre titular: \_\_\_\_\_

Anexo los siguientes documentos:

- Original de recibo de consignación o desprendibles de pago con código de barras, sello y/o timbre de la entidad bancaria.
- Transacción impresa aprobada con el código de la aprobación.
- Fotocopia de cédula de ciudadanía o extranjería.

**APROBADO:**

SI

NO

Cordialmente,

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

-----  
Aprobado o rechazo (Solo para el diligenciamiento del Colegio Médico Colombiano)

APROBADO:

NEGADO:

Comunicación al correo: \_\_\_\_\_

Fecha de archivo: \_\_\_\_\_ funcionario: \_\_\_\_\_