

Fecha de radicación:	Ciudad de Radicación:
----------------------	-----------------------

### DATOS DEL APORTANTE

Tipo de Identificación:	NI	CC	CE	TI	Número de identificación:
Razón Social o Nombre Cotizante:					
Dirección actual:				Teléfono:	
Correo Electrónico*:					
Ciudad:			Departamento:		
Encargado de Nomina:				Teléfono:	
* La respuesta a este trámite será enviada al correo electrónico registrado en el presente formato					

### DATOS DE LA SOLICITUD

No	Tipo Documento	Numero de Documento	Tipo de Cotizante	Periodo (MM/AAAA)	Fecha de Pago	Numero de planilla	Valor Cotizacion Cancelada	Valor a Devolver	Motivo de la Devolución	Nombre de la EPS	Fecha de Ingreso a laborar o Retiro
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Si es Cotizante Independiente: Certifica si el origen del (los) aporte(s) objeto de devolución, corresponden o no en cumplimiento de la obligatoriedad de pago de un contrato de prestación de servicios, pago de una factura o cuenta de cobro por reconocimiento de honorarios.

	SI:	NO:
--	-----	-----

<b>Declaro que la información registrada en el siguiente documento es veraz y es la necesaria para que el tramite que solicito pueda ser reportado conforme a lo establecido</b>	<b>Firma encargado nomina / o aportante independiente:</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

### OBSERVACIONES

### ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EPS

Nombre del funcionario que recibe la solicitud:
Oficina de Radicación:

### TENGA PRESENTE

1. De acuerdo con lo señalado en el Art. 12 del Dto. 4023 de 2011 y las instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Nota Externa No 4024 de 2012; solo se podrán solicitar ante la EPS la devolución de las cotizaciones pagadas dentro de los doce (12) meses siguiente a la fecha de pago
2. Si la solicitud de devolución de aportes corresponde a mas de ocho cotizantes, por favor anexar relación con los campos solicitados en el presente formato.
3. La presente solicitud esta sujeta a verificación de aprobación o negación.

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FOMRAULARIO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES

Diligencie el formulario completamente a máquina o letra imprenta legible y clara, y sin tachones.

**Tipo de identificación:** Marque con una X el tipo de identificación del aportante

**Número de Identificación:** Escriba el número de identificación del aportante

**Razón Social:** Escriba el nombre de la persona jurídica o natural, según corresponda.

**Dirección actual:** Escriba la dirección en la cual se encuentra localizado el aportante

**Teléfono:** Escriba en número de teléfono actual del aportante

**Correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico a la cual se debe remitir la respuesta a la solicitud de Devolución de Aporte.

**Ciudad:** Escriba la ciudad en la cual se encuentra ubicado el aportante

**Departamento:** Escriba el departamento en el cual se encuentra ubicado el aportante.

**Encargado de Nomina:** Escriba el nombre del jefe del área de nómina del aportante.

**Teléfono:** Escriba el número de teléfono en el cual se puede localizar al encargado de nómina.

**Tipo Documento:** Escriba el tipo de documento (CC, CE, RC, TI, PA) según correspondan del afiliado por el cual se solicita la devolución de aporte, en caso de ser UPC Adicional ingrese el tipo de documento del beneficiario Adicional, por el cual se realizó el aporte.

**Numero de Documento:** Escriba el número de documento del afiliado por el cual se solicita la devolución de aporte, en caso de ser UPC Adicional ingrese el número de documento del beneficiario Adicional, por el cual se realizó el aporte.

**Tipo de cotizante:** Escriba el tipo de cotizante según corresponda de acuerdo a la siguiente tipificación

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. Dependiente   | 2. Pensionado    |
| 3. Independiente | 4. UPC Adicional |

**Periodo:** Escriba el periodo para el cual se realizó el aporte objeto de devolución, recuerde que el pago en salud se hace de manera anticipada, tal y como lo señala el Artículo 1 Decreto 2231 de 1999: "En el Sistema de Seguridad Social en Salud, por tratarse de un riesgo que se cubre mediante el pago anticipado de los aportes, se tomará como base para el cálculo de éstos el valor de la nómina pagada o de los ingresos percibidos en el mes calendario anterior a aquel que se busca cubrir, según sea el caso". **Ejemplo:** la nómina correspondiente a Febrero de 2015 es la base de liquidación para el pago del periodo de cotización Marzo del 2015.

**Fecha de pago:** Escriba la fecha en la cual realizo el pago del aporte objeto de devolución.

**Número de Planilla:** Escriba el número de planilla con el cual realizo el aporte objeto de devolución

**Valor Cotización Cancelada:** Escriba el valor de la cotización a salud cancelada para el periodo.

**Valor a Devolver:** Escriba el valor de la cotización a salud que debe ser devuelta.

**Motivo de devolución:** Escriba el número del motivo de devolución de acuerdo a la siguiente tipificación:

1. **Afiliado a otra EPS:** Aplica cuando por error del aportante u operador de información la cotización es girada a la EPS Sanitas y la afiliación

corresponde a otra EPS. Debe anexar certificado de afiliación a la otra EPS o pago realizado a la otra EPS.

2. **Cancela doble aporte (Cotización):** Aplica cuando realizan el aporte más de una vez para el mismo periodo.
3. **Cancela doble aporte (UPC Adicional):** Aplica cuando realizan el aporte más de una vez para el mismo periodo.
4. **Mayor valor cancelado (Cotización):** Aplica cuando por error del aportante cancela la cotización sobre un IBC mayor al devengado por el afiliado o por un mayor valor del contrato de prestación de servicios. Afiliado Independiente: debe anexar contrato de prestación de servicios o cuenta de cobro. Afiliado Dependiente: El empleador deberá anexar soporte de pago de nómina del periodo por el cual solicitan la devolución.
5. **Mayor valor cancelado Ley 1607:** Aplica cuando el aportante está bajo la Ley 1607, pero realizo los aportes a salud con un porcentaje de cotización diferente al 4%
6. **Mayor valor cancelado (Pensión):** Aplica cuando por error del ente pensional realizan el pago de salud por la pensión completa y no por la parte que le corresponde al ente o no le corresponde cancelar.
7. **Mayor valor cancelado (UPC Adicional):** Aplica cuando por error del aportante u operador de información se cancela un mayor valor
8. **No se tramito solicitud de afiliación:** Aplica cuando realizan aportes a la EPS Sanitas sin haber radicado una solicitud de afiliación. La devolución del aporte es procedente cuando se realice sin tener un vínculo laboral o un contrato de prestación de servicios vigente para el periodo solicitado. Afiliado independiente: Debe anexar contrato de prestación de servicios
9. **Pago anterior al inicio de la relación laboral o contrato de prestación de servicios:** Aplica cuando por error del aportante realiza el aporte sin estar obligado a ello, dado que la relación no se encontraba vigente para el periodo cancelado. Afiliado independiente: debe anexar contrato de prestación de servicios
10. **Pago posterior a la fecha retiro de la relación laboral o contrato de prestación de servicios:** Aplica cuando pese a que el afiliado ya no tiene vínculo laboral con el aportante, este continúa realizando aportes a la EPS Sanitas, o cuando el independiente continuo realizando aportes sin tener un contrato de prestación de servicios vigente. Afiliado independiente: debe anexar contrato de prestación de servicios
11. **Pago por UPC Adicional que no corresponde:** Aplica cuando realizan aportes por afiliados que tienen cobertura en el grupo familiar, su tipo de afiliación es como cotizante o no radicaron solicitud de afiliación.
12. **Afiliado con contrato interrumpido:** Aplica cuando el afiliado para el periodo de pago se encontraba en el exterior y realiza aportes con un porcentaje de cotización mayor al 1.5%. La devolución del aporte es procedente cuando se haya reportado oportunamente la novedad de interrupción en la EPS. Debe anexar copia del reporte de novedad a la EPS Sanitas.
13. **Aporte por más de 25 SMLMV:** Aplica cuando realizan aportes que superan los 25 SMLMV para el periodo.
14. **Cotizaciones correspondientes a personas fallecidas:** Aplica cuando realizan aportes a la EPS Sanitas posteriores a la fecha de fallecimiento del afiliado. Debe anexar copia del certificado de defunción del afiliado y autorización para reclamar la cotización en donde se indique que es el único beneficiario autorizado. Esta certificación debe venir autenticada por notaria.

15. **Afiliado activo en el régimen de Excepción:** Afiliado activo en el régimen de excepción y no debe cotizar en el régimen contributivo. Debe anexar certificado de afiliación en el régimen de excepción, en donde indique que se encuentra activo, el certificado no debe ser superior a 30 días de expedición.

16. **Entidad pensional realiza aportes erradamente:** Aplica cuando la entidad pensional realiza aportes y el afiliado no tiene mesada pensional o cuando por decisión del ente pensional se da revocatoria a la mesada pensional. Debe anexar fallo de revocatoria de la resolución pensional.

17. **Doble dispersión del operador:** Aplica cuando por error del operador financiero, realiza la dispersión doble del valor cancelado por el aportante.

18. **Pago realizado con un PIN errado**

**Nombre de la EPS:** Escriba el nombre de la EPS a la cual se le debe transferir el aporte, si aplica.

**Fecha de ingreso a laboral:** Cuando el motivo de devolución sea 8, 9 o 10, Afiliado Dependiente: escriba la fecha de ingreso a laborar o retiro del empleado. Afiliado independiente: escriba la fecha de inicio o terminación del contrato de prestación de servicios.

### INFORMACION FINANCIERA

De ser procedente su solicitud de devolución de aportes el recurso será transferido a la cuenta bancaria inscrita ante la EPS. De no tener una cuenta bancaria inscrita por favor diligencie el formato de "**Transferencia electrónica**" (TEF) que se encuentra publicado en la página [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com) y adjunte al formato los siguientes documentos:

Persona Jurídica

1. Certificación de la cuenta bancaria original, emitida por la entidad financiera no mayor a 30 días.
2. Certificado de cámara y comercio (original), máximo con ocho (8) días de expedición.
3. RUT
4. Copia documento de Identificación del Representante Legal

Persona Natural

1. Certificación de la cuenta bancaria original, emitida por la entidad financiera no mayor a 30 días.
2. Copia del documento de Identificación

El formato de "**Transferencia Electrónica**" (TEF) debidamente diligenciado y firmado y los documentos solicitados deben ser radicados en las oficinas de la EPS Sanitas ya que son indispensables para proceder con la transferencia bancaria.

Si usted es independiente y no tiene una cuenta bancaria, su devolución se realizara a través de giro empresarial, para lo cual debe anexar a su "**solicitud de devolución de aportes**" copia del documento de identificación.

Recuerde que si su devolución se realiza a través de giro empresarial debe acercarse a las sucursales del Banco de Bogotá autorizadas con documento de identificación original.