



SOLICITUD POR CONCEPTO DE DEVOLUCIÓN DE APORTES

Ciudad/Municipio de Radicación: _____ Fecha de Radicación: _____

REF: DEVOLUCIÓN A APORTANTE Y/O TRANSFERENCIA ENTRE EPS

Señores **COMFAMILIAR NARIÑO - EPS** solicito se realice la devolución y/o transferencia de los aportes indicados a continuación:

DATOS DE LA SOLICITUD										
N	Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y Apellidos	Tipo de Cotizante	Periodo Solicitado MM/AAAA	Fecha de Pago DD/MM/AAA A	Numero de planilla	Devolución (1)	Transferencia a EPS (2)	Nombre de la EPS
1										
2										
3										
4										
5										
Si es cotizante independiente: Certifica si el origen de (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
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						Firma encargado nomina/o Aportante independiente				
A. 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 (12) meses siguientes a la fecha de pago										
B. Si la solicitud de devolución de aportes corresponde a más de ocho cotizaciones, por favor anexar relación con los campos solicitados en el presente formato										
C. La presente solicitud está sujeta a verificación de aprobación o negación.										

(1) Si la solicitud de devolución es para Aportante, se debe marcar con una **X** (en la columna **DEVOLUCIÓN** (1) en cada registro y no se deben llenar las casillas siguientes.

(2) Si la solicitud de devolución es para EPS, se debe marcar con una **X** (en la columna **TRANSFERENCIA A EPS** (2) en cada registro y se deben diligenciar la casilla siguiente. Esta solicitud sólo aplica para recaudos a partir de octubre de 2013.

Marque con una **X** el motivo de la devolución

MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN	
Pago errado por el Aportante (Traslados negados, selección errada de la EPS-EPC)	Cotizaciones corresponden a personas fallecidas
Mayor valor pagado	Intereses de mora de cotizaciones
Aporte sin estar obligado	UPC Adicional
Cotizaciones correspondientes a excedentes del Sistema General de Participaciones SGP	

DATOS DEL APORTANTE

Razón social o Nombres y Apellidos del Cotizante _____

Tipo de identificación _____ Número de identificación _____

Dirección actual razón social _____

Teléfono actual _____ Correo electrónico _____

Ciudad /Municipio _____ Departamento _____

Encargado nómina _____ Teléfono _____

Si la devolución es solicitada para el Aportante, favor anexar la siguiente información del banco, adjuntando copia de la certificación bancaria:

Banco: _____ N° Cuenta _____ Tipo: Ahorros Corriente

*** La respuesta a este trámite será enviada al correo suministrado en el presente formato y/o en PILA**



ANEXAR DOCUMENTOS

PERSONA JURÍDICA Y/O NATURAL

1. Solicitud formal del empleador y/o Aportante donde se debe indicar:
 - Tipo, documento y nombre completo del cotizante.
 - Fecha de pago de aporte.
 - Periodo del aporte solicitado para la devolución.
 - Numero de planilla.
 - Valor solicitado para devolución.
2. Fotocopia del documento de identificación del afiliado.
3. Fotocopia del RUT de la empresa y/o Aportante ACTUALIZADO, no mayor a tres meses.
4. Fotocopia de la(s) planilla(s) de pago para el(los) periodo(s) que solicita la devolución.
5. Certificación Bancaria vigente ACTUALIZADO, no mayor a tres meses.

INFORMACION FINANCIERA

1. 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 adjunte los documentos anteriormente mencionados.
2. Así mismo se informa que las personas naturales deben radicar su solicitud de devolución de aportes de forma presencial en la EPS COMFAMILIAR DE NARIÑO ubicada en la Avenida de los Estudiantes Cll 20 N° 34 a 54 San Juan de Pasto.
3. El pago al Aportante se realizará mediante giro a la cuenta bancaria certificada, ÚNICAMENTE a nombre de quién figura como Aportante en nuestro sistema, **No se autorizan pagos a terceros.**
4. Es importante aclarar que la EPS realizará la devolución al Aportante que realiza el pago de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud y en cumplimiento de la "Circular Externa No. 011 DE 1995 Numeral 1.4", se debe tener presente que las solicitudes de devolución de aportes deben también tramitarse de acuerdo a como se encuentre el usuario en nuestra base de datos de afiliados.