



## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO RADICACIÓN DE DEVOLUCIÓN O TRASLADO DE APORTES

Diligencie el formulario completamente con letra legible, clara y sin tachones.

**Fecha de diligenciamiento:** Escriba el número del día, mes y año correspondiente a la fecha en que diligencia el formulario.

### DATOS DEL APORTANTE

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

**Tipo de identificación:** Escriba el tipo de identificación según corresponda:

- **CC:** Cedula de ciudadanía
- **CD:** Carnet diplomático
- **CE:** Cedula de extranjería
- **NI:** Número de identificación tributaria
- **PE:** Permiso especial de permanencia
- **PT:** Permiso por protección temporal
- **SC:** Salvoconducto de permanencia
- **TI:** Tarjeta de identidad

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

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

**Departamento/Municipio:** Escriba el departamento y municipio en el cual se encuentra ubicado el aportante.

**Nombre de persona de contacto:** Escriba el nombre del representante legal o persona encargada de nómina del aportante.

**Cargo –persona contacto:** Escriba el cargo que esta desempeña en la empresa.

**Teléfono:** Escriba el número de teléfono fijo en el cual pueda ser localizado.

**Teléfono Celular:** Escriba el número de teléfono celular en el cual pueda ser localizado.

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

### INFORMACIÓN DEL COTIZANTE

**Tipo Doc:** Escriba el tipo de identificación según corresponda:

- **CC:** Cedula de ciudadanía
- **CD:** Carnet diplomático
- **CE:** Cedula de extranjería

- **PE:** Permiso especial de permanencia
- **PT:** Permiso por protección temporal
- **SC:** Salvoconducto de permanencia
- **TI:** Tarjeta de identidad

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

**Nombres y apellidos:** Escriba el nombre y apellido del afiliado por el cual se solicita la devolución de aporte.

**Causal de devolución:** Escriba el número del ítem según corresponda:

- **1: Afiliado a otra EPS,** aplica cuando por error del aportante u operador de información la cotización es girada a la EPS Familiar de Colombia S.A.S y la afiliación corresponde a otra EPS.
- **2: Cancela doble aporte,** aplica cuando realizan el aporte más de una vez para el mismo periodo.
- **3: Mayor valor cancelado,** 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.
- **4: Aporte por afiliado fallecido,** aplica cuando realizan aportes a la EPS Sanitas posteriores a la fecha de fallecimiento del afiliado.
- **5: Afiliado activo en el régimen de Excepción,** afiliado activo en el régimen de excepción y no debe cotizar en el régimen contributivo.
- **6: Aportante exonerado de aportes patronales a salud,** aplica cuando el aportante está exento de pagar aportes a salud, pero realiza el pago con un porcentaje de cotización mayor al 4%.
- **7: Intereses de mora de cotizaciones,** aplica cuando el aportante realiza pago de intereses por mora adicional al pago del aporte. Para su procedencia se requerirá que la cotización del afiliado haya sido devuelta anteriormente.

### INFORMACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN

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

**Periodo:** Escriba el periodo para el cual se realizó el aporte objeto de devolución.

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

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

**Nombre de la EPS** (relacionar si corresponde a traslado de aportes): Escriba el nombre de la EPS a la cual se realizará el traslado del aporte.

### CAUSAL DE LA DEVOLUCIÓN

Marque con una X la causal por la cual solicita la devolución o traslado de aportes.

### INFORMACIÓN BANCARIA DONDE SE REALIZARÁ LA DEVOLUCIÓN

**Entidad Bancaria:** Nombre de la entidad bancaria a la que pertenece la cuenta activa donde se realizará la devolución del aporte.

**Tipo de cuenta:** Marque con una X el tipo de cuenta que corresponda.

**Número de cuenta:** Escriba de forma legible, clara y sin tachones el numero de la cuenta activa donde se realizará la devolución del aporte.

**Nombre del titular de la cuenta bancaria:** Escriba nombre del titular de la cuenta bancaria activa donde se realizará la devolución del aporte.

**Firma encargado nómina o aportante independiente:** Firma de la persona solicitante, en caso de que la solicitud sea realizada por un aportante independiente, debe ser firmada por el mismo.

### DOCUMENTOS PARA PRESENTAR

#### Traslado de aportes:

- Formato Radicación de Devolución o Traslado de Aportes debidamente diligenciado.
- Copia del documento de identificación del trabajador
- Copia de la planilla de aportes PILA donde se evidencie el pago motivo de la devolución o traslado.
- Reporte de afiliación emitido por ADRES
- Soporte de afiliación a EPS.

#### Devolución de aportes:

- Formato Radicación de Devolución o Traslado de Aportes debidamente diligenciado.
- Copia del documento de identificación del trabajador
- Copia de la planilla de aportes PILA donde se evidencie el pago motivo de la devolución o traslado.
- Reporte de afiliación emitido por ADRES
- Certificación bancaria no mayor a 30 días
- Rut del aportante no mayor a 30