



FORMATO
SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES
FUNDACION SALUD MIA EPS

GERENCIA DE ASEGURAMIENTO

Versión: Código:

3 FT-PA-GRC-01

PROCESO: GESTIÓN DEL RECAUDO Y LA COMPENSACIÓN

Página 1 de 1

Nota Aclaratoria: La solicitud de Devolución de Aportes a través del diligenciamiento y radicación de este formato con sus respectivos soportes, entran en proceso de estudio y verificación de las condiciones definidas en la normatividad legal vigente. Es importante aclarar, que la presentación de esta solicitud NO obliga la Aceptación de la misma por parte de nuestra entidad, quien contara con quince (15) días hábiles para emitir respuesta a su solicitud en los terminos que establece la norma.

FECHA RADICACION: _____ **MUNICIPIO RADICACION:** _____ **RADICADO:** _____

DATOS DEL APORTANTE (Empresa y/o Cotizante Independiente)

Tipo de Identificación: RC___ TI___ CC___ NI___ CE___ PE___ Número de identificación: _____

Razón Social o Nombre del Aportante: _____

Dirección Actual: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono o Celular Aportante: _____

Encargado o Contacto de Nómina: _____ Teléfono o Celular Nómina: _____

DATOS DE LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES

Ítem	Tipo Documento	Número Documento	Tipo Cotizante (I - D - P)	Periodo (mm/yyyy)	Fecha de Pago (dd/mm/yyyy)	Número Planilla	Valor Cotización Cancelada	Valor a Devolver	Tipo de Solicitud (*)	Nombre de la EPS a trasladar el periodo según BDUA (Obligatorio: Cuando sea tipo de solicitud 1)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

...Más de 10 registros. (Marcar con X si anexa relación adicional en la misma estructura de este formato): _____

(*) TIPO DE SOLICITUD: Corresponde al concepto por el cual esta solicitando la devolución de aportes.

1. Pago errado por el aportante (Traslados negados o Pago errado a EPS)... 2. Mayor valor pagado... 3. Aporte sin estar obligado a cotizar... 4. Cotizantes fallecidos para el periodo cotizado... 5. Intereses de mora de cotizaciones... 6. UPC Adicional... 7. Cotizaciones correspondientes a excedentes del Sistema General de Participaciones (SGP)... 8. Pago el 12.5% y es exento por el Decreto 1607 de 2013.

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: _____

Declaro o afirmo bajo gravedad de juramento que la información registrada en el siguiente documento es veraz y es la necesaria para que el trámite que solicito pueda ser reportado conforme a lo establecido.

Firma encargado nómina / o aportante o independiente:

Nombre del funcionario que recibe la solicitud:

Oficina de Radicación:

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO SOLICITUD DEVOLUCION DE APORTES

Fecha Radicación: Corresponde a la fecha en que se radica la solicitud.

Municipio Radicación: Corresponde a la ciudad o municipio en donde realiza la radicación de la solicitud.

Radicado: Corresponde al número de radicado o consecutivo que le asigna la EPS, para su respectivo control y seguimiento.

DATOS DEL APORTANTE (Empresa y/o Cotizante Independiente)

Tipo de Identificación: Diligenciar el tipo de documento de identidad de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud (**RC:** Registro Civil de Nacimiento - **TI:** Tarjeta de Identidad - **CC:** Cedula de Ciudadania - **NI:** Número de Identificación Tributario - **CE:** Cedula de Extranjería - **PE:** Permiso Especial de Permanencia).

Número de Identificación: Diligenciar el número de documento de identidad de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Razón Social o Nombre del Aportante: Diligenciar el nombre de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Dirección Actual: Diligenciar la dirección de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Municipio: Diligenciar el municipio según la dirección de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Departamento: Diligenciar el departamento según la dirección de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Correo Electrónico: Diligenciar el correo electrónico de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Teléfono o Celular Aportante: Diligenciar el teléfono o celular de contacto de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Encargado o Contacto de Nómina: Diligenciar el nombre y apellidos de contacto de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Teléfono o Celular Nómina: Diligenciar el teléfono o celular de contacto de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

DATOS DE LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES

Ítem: Corresponde al número o consecutivo de registro solicitado.

Tipo Documento: Diligenciar el tipo de documento de identidad del cotizante o afiliado adicional por quien se realiza la solicitud (RC: Registro Civil de Nacimiento - TI: Tarjeta de Identidad - CC: Cedula de Ciudadania - CE: Cedula de Extranjería - PE: Permiso Especial de Permanencia).

Número Documento: Diligenciar el número de documento de identidad del cotizante o afiliado adicional por quien se realiza la solicitud.

Tipo Cotizante: Diligenciar el tipo de cotizante de acuerdo a la norma (**I:** Independiente - **D:** Dependiente - **P:** Pensionado)

Periodo: Diligenciar el periodo por el cual solicita la devolución del aporte.

Fecha de Pago: Diligenciar la fecha de consignación cuando realizo el pago a salud.

Número Planilla: Diligenciar el número de planilla de pago que suministra el operador de información a través de PILA.

Valor Cotización Cancelada: Diligenciar el valor cancelado a través de PILA.

Valor a Devolver: Diligenciar el valor que esta solicitando le sea devuelto.

Tipo de Solicitud (*): Diligenciar el número del concepto por el cual esta solicitando la devolución de aportes: **1.** Pago errado por el aportante (Traslados negados o Pago errado a EPS)... **2.** Mayor valor pagado... **3.** Aporte sin estar obligado a cotizar... **4.** Cotizantes fallecidos para el periodo cotizado... **5.** Intereses de mora de cotizaciones... **6.** UPC Adicional... **7.** Cotizaciones correspondientes a excedentes del Sistema General de Participaciones (SGP)... **8.** Pago el 12.5% y es exento por el Decreto 1607 de 2013.

Nombre de la EPS a trasladar el periodo según BDUA: Cuando diligencie el tipo de solicitud con 1 "Pago errado por el aportante (Traslados negados o Pago errado a EPS)", se debe diligenciar el nombre de la EPS a la cual se le debe trasladar el recaudo por estructura 2.6 "CR" de acuerdo a la Nota Externa 5215 del 2012, siempre y cuando el periodo exista en el rango de afiliación de la BDUA para dicha EPS.

DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD DE DEVOLUCION DE APORTES

1. Persona Jurídica

- Camara de Comercio / Registro Único Tributario "RUT" / Personería Jurídica.
- Fotocopia del documento de identidad del representante legal.
- Certificación bancaria no mayor a 30 días (Original).
- Formato inscripción cuenta bancaria para pago por transferencia electrónica.
- Copia de la solicitud de Devolución por el mismo concepto, radicada ante las administradoras de pensiones y riesgos laborales (AFP y ARL). No aplica para traslado de aportes entre EPS y exonerados por el Decreto 1607 de 2013.
- Certificado de Defunción (Cotizante Fallecido).

2. Persona Natural

- Registro Único Tributario "RUT"
- Fotocopia del documento de identidad (Ampliado al 150%).
- Certificación bancaria no mayor a 30 días (Original).
- Formato inscripción cuenta bancaria para pago por transferencia electrónica.
- Copia de la solicitud de Devolución por el mismo concepto, radicada ante las administradoras de pensiones y riesgos laborales (AFP y ARL). No aplica para traslado de aportes entre EPS y exonerados por el Decreto 1607 de 2013.
- Certificado de Defunción (Cotizante Fallecido).

NOTAS ACLARATORIAS A TENER EN CUENTA EN LA SOLICITUD DE DEVOLUCION DE APORTES

* De acuerdo con lo señalado en el Artículo 2.6.1.1.2.2 "Devolución de cotizaciones" del Decreto 780 de 2016 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 siguientes a la fecha de pago. Esto siempre y cuando el periodo solicitado no haya sido compensado por la EPS.

* A partir del 1 de agosto del 2012 los pagos a proveedores, afiliados, aportantes y terceros solo podrán realizarse a través de transferencia electrónica, les solicitamos a quienes no tienen cuenta matriculada o registrada, inscribir sus cuentas bancarias en la EPS .

* Si la solicitud de devolución de aportes corresponde a más de diez (10) registros de cotizantes, por favor adicionar relación con los mismos campos solicitados en el presente formato.

* La presente solicitud esta sujeta a verificación de aprobación o negación, cuya respuesta sera emitida al correo electrónico relacionado en el presente formato.

Se precisa que la devolución de las cotizaciones al aportante (Empresa y/o cotizante independiente), se encuentra sujeta para su reintegro dependiendo de los diferentes procesos que ejecuta la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud "ADRES". Por lo anterior, la FUNDACION SALUD MIA EPS no puede disponer de los recursos hasta no haber recibido la respectiva aprobación y giro de dicho ente.

	FORMATO INSCRIPCION PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA	GERENCIA AMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
	PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVO FINANCIERA	Versión: 1	CÓDIGO: FT-PA-GAF-06
		Página 1 de 1	

Solicitud inicial () Solicitud de modificación ()

Fecha: _____

Yo, _____ identificado con la cedula de ciudadanía No _____ de _____, actuando en nombre propio () o como Representante Legal () de _____ con Nit _____, autorizo a Fundación Salud Mia EPS para que efectué el pago de las acreencias a mi favor () o a favor de la entidad que represento () a través de la utilización de sistemas de trasferencia electrónica de fondos, mediante el abono de los recursos a la cuenta que se indica a continuación:

Persona natural ()

Persona jurídica ()

Nombre del titular de la cuenta: _____

Identificación del titular: C.C () NIT () No. _____

Nombre entidad bancaria: _____

Ciudad donde tiene la cuenta: _____

Nombre Sucursal u Oficina: _____

Tipo de cuenta: Ahorros () Cuenta corriente ()

Numero de la cuenta : _____

“Igualmente manifiesto (en nombre propio o de la entidad que represento, según el caso) que la autorización contenida en esta carta permanecerá vigente en forma indefinida, mientras el suscrito (o el representante legal de esta entidad, según el caso) no informe por escrito a Fundación Salud Mia EPS la decisión de revocarla, o de modificar los datos de la cuenta o la entidad financiera aquí señaladas, utilizando para este último efecto el formato dispuesto por Fundación Salud Mia EPS. En consecuencia, libero a Fundación Salud Mia EPS de cualquier responsabilidad por la omisión o demora en que incurra el suscrito (o la entidad que represento) en notificar por escrito y en debida forma cualquier revocación o modificación de esta autorización”.

Así mismo, autorizo a Fundación Salud Mia EPS para que los soportes del pago respectivo me sean enviados a la dirección de Internet o de correo electrónico que señalo a continuación:

E-mail: _____

FIRMA