



FORMATO RADICACION DEVOLUCIONES Y TRANSFERENCIAS

R-AFS-27 v1

DATOS GENERALES			
Nombre del Aportante	N° NIT	Dirección	Fecha de Diligenciamiento DD/MM/AAAA
Nombre de persona de contacto	Cargo	Teléfono	Departamento/Ciudad
			Correo electrónico

INFORMACION DEL COTIZANTE			INFORMACION DE LA DEVOLUCION Y/O TRANSFERENCIA											
TIPO DOC	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE SOLICITUD (Marcar X)		CAUSALES (Marcar X)						PLANILLA N°	PERIODO DD/AAAA	EPS A TRANSFERIR	
			DEV	TRA	PE	MVP	DP	ASO	AF	SGP				

Tipos de Solicitud -> **DEV** : Devolución de Aportes; **TRA** : Transferencia a Otra EPS
Causales -> **PE**: Pago Errado(Traslados negados; selección errada de la EPS-EPC); **DP** Doble pago para un mismo periodo; **MVP**: Mayor Valor Pagado; **AF** : Cotizaciones correspondes a personas Fallecidas;
SGP :Cotizaciones corresponden a excedentes del SGP

DOCUMENTOS PRESENTADOS (Marcar con X):

<p>DEVOLUCIÓN DE APORTES</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Formato radicación devoluciones y transferencias</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Copia de la planilla</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Copia documento Cotizante</p> <p><input type="checkbox"/> 4 copia Rut Aportante (No Mayor a 2 años).</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Copia Cerrtifcación Bancaria (No Mayor a 3 Meses)</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Autorización Pago Tercero.</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Copia RUT o documento del tercero</p>	<p>TRANSFERENCIA DE APORTES</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Formato radicación devoluciones y transferencias</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Copia de la planilla</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Copia documento Cotizante</p>
---	--

Para el Proceso de Devolución de Aportes, existen aportes que se encuentran en estado no compensado y que aplica el Decreto 4023 de 28-10-2011 y Decreto 780 de 2016 Artículo 2.6.1.1.2.2 que son 12 meses a partir de la fecha de pago para la solicitud de devolución de estos aportes y el decreto 780 de 2016 Artículo 2.6.1.1.2.9 para los aportes que se encuentran en estado compensados y contarán con 6 meses a partir de la fecha de compensación para realizar la solicitud de devolución de estos.

OBSERVACIONES COMPARTA EPS-S	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE	FECHA, FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO
------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Este Formato esta sujeto a estudio y no implica aprobación por parte **Comparta EPS-S**