ENTIDAD COOPERATIVO SOLIDARIA DE SALUD
ECOOPSOS ESS EPS
FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN DE APORTES

Fecha de Diligenciamiento: DD/MM/AAAA	Fecha de Radicación: DD/MM/AAAA	Consecutivo de Radicación:

TENGA EN CUENTA

1. Conforme a lo señalado en el Art. 12 del Decreto 4023 de 2011 emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social , solo se podrán realizar la Devolución de aportes de las cotizaciones pagadas dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de pago.
2. La Presente Solicitud esta sujeta a verificación de aprobación o negación.

I. DATOS DEL APORTANTE

Tipo Identificación Aportante:	NI	CC	CE	TI	PA	Numero Identificación Aportante:		DV	

Nombre o Razón Social Aportante:		
Dirección:	Teléfono:	Celular:
Email:	Departamento:	Municipio:

La respuesta a este tramite será enviada al correo electrónico registrado en el presente formato.

II. INFORMACION DEL APORTE

Numero Planilla	Tipo y Núm. Id Cotizante		Periodo	Fecha de Pago	Valor Cotización Cancelada	Valor a Devolver	Motivo de la Devolución
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	
			MM / AAAA	DD / MM / AAAA	$	$	

III. INFORMACION DE CONSIGNACION Y SOPORTES

Anexar los siguientes documentos

- Registro Único Tributario "RUT" ☐
- Cámara de Comercio ☐
- Certificado Cuenta Bancaria ☐
- Copia Documento de Identidad ☐

Forma de devolución de Aportes

- Consignación ☐
- Giro agencia de envió ☐

En caso de marcar Devolución Entidad por Consignación

Entidad Financiera:
No Cuenta:
Tipo de Cuenta:

En caso de Marcar agencia de Envió

Nombre Agencia:

IV. DECLARACION, AUTORIZACION Y FIRMA

Bajo la gravedad del Juramento declaro que la información reportada y los documentos soportes, en este forma es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de la devolución de los recursos según diligenciamiento del formato, en constancia como representante Legal , Coordinador de Recursos Humanos o Trabajador Independiente Firmo a continuación:

Firma

CC. No.

Sello

V. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EPS

Nombre del Funcionario que Recepción la Solicitud	Firma y Numero de Documento

Fecha de Verificación: DD / MM / AAAA	Aprobado	SI	No	Consecutivo de Aprobación o Negación

Observaciones:

Instrucciones de diligenciamiento Solicitud de Devolución de Aportes

Diligencie el Formato con letra imprenta, legible y sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligencia como parece en los documentos acreditados.

I. DATOS DEL APORTANTE

Nota: Los Campos resaltados en otro color son para el Diligenciamiento por parte de la EPS.

Fecha de Diligenciamiento: Ingrese la Fecha de Diligenciamiento del Formato de Devolución de Aportes.

Tipo Identificación Aportante: Marque sobre la X el Tipo de Identificación del Aportante.

Numero Identificación Aportante: Ingrese el Numero de Identificación del Aportante.

DV: registre el Digito de Verificación de Aportante.

Nombre o Razón Social del Aportante: Registre el Nombre o Razón social del Aportante.

Dirección: Ingrese la Dirección de ubicación física del Aportante.

Teléfono: Ingrese el numero de teléfono de Contacto del Aportante.

Celular: Ingrese el numero de Celular de Contacto del Aportante.

Email: Ingrese el correo electrónico de la empresa, recuerde que la respuesta a este tramite será enviada al correo electrónico registrado.

Departamento: Ingrese el Departamento de ubicacion del Aportate.

Municipio: Ingrese el Muncipio de ubicacion del Aportante.

II: INFORMACION APORTE

Numero Planilla: registre el Numero de Planilla con el cual realizo el pago del aporte objeto de la devolución.

Tipo y Numero Id. Cotizante: Ingrese el Tipo (CC, CE, RC, TI, PA) y numero de identificación del Cotizante.

Periodo: Registre el periodo para el cual se realizó el aporte objeto de la devolución.

Fecha de Pago: Registre la fecha de pago de la Planilla de Liquidación de Aporte de la cotización objeto de la Devolución.

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

Valor a Devolver: Registre el valor de la cotización a salud a ser devuelta.

Motivo de la Devolución: Escriba la Causa de la Devolución.

1. Pago errado del aportante.
2. Mayor valor pagado.
3. Aporte sin estar Obligado.
4. Personas fallecidas.
5. Excedentes SGP.
6. Intereses de mora de cotizaciones.
7. UPC Adicional.
8. Recursos diferentes a cotizaciones.

III. INFORMACION DE CONSIGNACION Y SOPORTES

Anexar los siguientes documentos: Marque con una X los soportes Anexos.

Nota: debe Anexar Cámara de comercio (no mayor a 30 días), Registro único tributario.

Forma de Devolución: Marque con una X la forma de Devolución Consignación o Giro agencia de Envió.

En caso de Marcar Devolución Entidad por Consignación diligencie los siguientes campos:

Entidad Financiera: Registre en Nombre de la Entidad financiera de envió de los recursos correspondiente a la Devolución.

No. Cuenta: Ingrese el Numero de Cuenta Bancaria.

Tipo de Cuenta: Ingrese el Tipo de Cuenta.

Nota: Para el Caso de devolución por Consignación debe remitir Certificación Bancaria Actualizada (no mayor a 30 días), soportes requeridos para la Devolución de Aportes

En caso de Marcar Agencia de envió: Ingrese el nombre de la agencia donde desea que la devolución sea hecha.

Nota: Para el caso de devolucion por agencia de envio, esta se realizara unicamente a la persona que registra como aportante.

IV. DECLARACION, AUTORIZACION Y FIRMA

Firma: La solicitud de Devolución de Aportes debe ser firmada por el representante legal o la persona delegada por Este.

CC. No. Ingrese el Numero de identificación el representante legal o la persona delegada por Este.

Sello de la Empresa.