

	FORMATO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES						Código: OP-FR-06					
							Versión: 01					
	PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES DE DEVOLUCIÓN DE APORTES						Fecha: marzo 2026					
INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA POR EL APORTANTE O COTIZANTE INDEPENDIENTE												
(Campos Obligatorios)												
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			N° DE IDENTIFICACIÓN			NOMBRE O RAZON SOCIAL						
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL					CIUDAD PRINCIPAL			DEPARTAMENTO				
NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA DE CONTACTO						ÁREA Y CARGO EN LA ORGANIZACIÓN						
TELÉFONO FIJO		CELULAR				CORREO ELECTRÓNICO						
DATOS SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES												
DATOS DEL EMPLEADO						NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE PLANILLA DE PAGO	FECHA DE PAGO	PERÍODO DE COTIZACIÓN (QUE SOLICITA)	VALOR SOLICITADO	SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA LA DEVOLUCIÓN	
No. DE DOCUMENTO		TIPO									APORTANTE	EPS
	TI	CC	CE	PT	PA							
	TI	CC	CE	PT	PA							
	TI	CC	CE	PT	PA							
	TI	CC	CE	PT	PA							
	TI	CC	CE	PT	PA							
	TI	CC	CE	PT	PA							
	TI	CC	CE	PT	PA							
Las devoluciones de aportes directos a otras EPS están condicionadas a la aprobación del ADRES, en el caso de la no aprobación será informado al aportante.												
Por favor seleccione con una x el motivo de solicitud por devolución de aportes:										Ente campo se especifica IBC - CC - NIT- APOORTE-PERÍODO		
CAUSAL DE SOLICITUD										INCORRECTO		CORRECTO
Pago errado por el aportante (cédula errada, NIT errado, IBC incorrecto).												
Mayor valor cotizado.												
Aportante Exonerado de Parafiscales.												
Cotizaciones correspondientes a personas fallecidas.												PERÍODO COTIZADO DOBLE
Doble pago.												
Firma del Solicitante: _____												
Número de documento: _____												
DOCUMENTOS ANEXOS												
* Formato debidamente diligenciado en todos los campos, legible, sin tachones ni enmendaduras. * Planillas de pago de los periodos que solicita. * Fotocopia de documento de identidad del usuario.												
PAGO CON CÉDULA ERRADA: Anexar formato diligenciado con la especificación de número de doc. Correcto e incorrecto, las planillas de los aportes errados más la fotocopia de cédula del usuario al 150%. IBC INCORRECTO: Anexar formato con las especificaciones del IBC correcto e incorrecto, planillas de pago. DOBLE PAGO: Anexar formato con la especificación de cuál periodo se cotizó doble y planilla de pago de los dos aportes efectuados. PAGO ERRADO YA REALIZADO A OTRA EPS: Anexar formato, planilla de pago de los dos aportes, el que realizó con PROTEGER EPS y el que canceló a la otra EPS donde se encuentra activo.												
DOCUMENTOS PARA DESEMBOLSO DE LOS APORTES												
Cotizantes Dependientes: Certificación bancaria en estado ACTIVO de la cuenta no mayor a 90 días, RUT actualizado no mayor a 120 días, Cámara de Comercio actualizada no mayor a 90 días. Cotizantes Independientes: Certificación bancaria en estado ACTIVO de la cuenta no mayor a 90 días, Fotocopia de la Cédula ampliada al 150%, RUT actualizado no mayor a 90 días.												
ACLARACIONES												
Para PROTEGER EPS, es importante su solicitud y respuesta de la misma, por tanto le mencionamos las siguientes aclaraciones para garantizar su repuesta: Si el formato no está legible y no trae anexo los documentos para su validación, no podrá ser recibido. Tenga en cuenta que es un proceso por tal motivo solicitamos los datos de contacto actualizados para brindarle la respuesta a esta solicitud. Cabe resaltar que la recepción de los documentos no implica aceptación y que las solicitudes serán tramitadas de acuerdo a las condiciones establecidas en el Artículo 2.6.4.3.1.1.8, Artículo 2.6.4.3.1.1.5 y el Artículo 2.6.4.3.1.1.6 del Decreto 780 de 2016. Cualquier inquietud puede contactar a nuestro trabajador que le brindó asesoría con la radicación de su solicitud en nuestras oficinas. Gracias por atención a la presente. Excelente día.												

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

1. Registre el tipo y número de identificación, los nombres y apellidos completos del cotizante. Diligencie en su totalidad el recuadro.
2. Marque con una X el tipo de solicitud por la que requiere la devolución.
3. En los datos del aportante se deben suministrar los datos **actualizados** de nombre, tipo de identificación, número de identificación, dirección, teléfono, ciudad, departamento y correo electrónico.
4. En el campo "Contacto nómina" favor indicar el nombre y teléfono de la persona a contactar en caso de ser requerido por parte de la EPS.
5. En el campo "Folios" indique el número de hojas o soportes que conforman el paquete de giro.
6. Marque con una **x** el anexo del certificado de cuenta bancaria.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- El pago se realizará, mediante giro a la cuenta bancaria certificada ÚNICAMENTE a nombre de quien figura como aportante en nuestro sistema; **no se autorizan pagos a terceros.**
- Si se tienen más de 8 solicitudes de pago (que tiene el presente formato), agradecemos relacionar los datos en un hoja anexa con los mismos campos establecidos, (ver anexo).

- La Solicitud de Devolución de Aportes debe venir acompañada de toda la documentación requerida para tal efecto, de lo contrario ésta no se tramitará.

Cualquier inquietud será atendida por nuestro personal de atención al usuario en nuestras oficinas o en nuestra línea de servicio al cliente.

[illegible]
