

**SOLICITUD DE DEVOLUCION DE APORTES DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD DE EPS SURA**

CIUDAD \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

SEÑORES  
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

**Señor Aportante: Antes de diligenciar este formato debe leer las condiciones para solicitud de devolución de aportes, para garantizar que cumpla con los requisitos definidos por norma y con los documentos anexos para el estudio de esta.**

**DEVOLUCION APORTANTE Y/O TRANSFERENCIA DE APORTES ENTRE CUENTAS MAESTRAS RECAUDADORAS DE LAS EPS.**

Solicitamos la devolución y/o transferencia de aportes indicados a continuación:

Tipo y Nro. Identificación Cotizante o beneficiario de UPC Adicional	Nombres y Apellidos cotizante	Número Planilla	Periodo de Cotización mm/aaaa	Valor Cotización Pagada	Valor Cotización Solicitada	Devolver A:		Nombre EPS
						Aportante	Otra EPS	

- Si la solicitud de devolución es para aportante, marcar con una X en la columna APORTANTE en cada registro.
- Si la solicitud de devolución es para la EPS, marcar con una X en la columna OTRA EPS en cada registro y relacione el nombre de la EPS.

**Causa por la cual solicita la devolución:** \_\_\_\_\_

Nota: Si por el tipo de solicitud considera necesario relacionar más información, puede enviarla como anexo al formato.

**DATOS DEL APORTANTE**

Tipo de identificación \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

Razón Social \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico para respuesta:** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**DATOS SOLICITANTE**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**INSCRIPCION DE CUENTA PARA DEVOLUCION DE APORTES. (Solo diligenciar si no tiene cuenta inscrita)**

**Tipo de Inscripción:**

Nueva    Nro. De la cuenta \_\_\_\_\_ Ahorros    Corriente

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

**Información Titular Cuenta**

Tipo de identificación                      Nro. de Identificación                      Razón social y/o Nombre y apellidos Completos

CC    TI    NIT    PA    CE    \_\_\_\_\_

Dirección de Correspondencia:                      Tipo de Dirección                      Ciudad o Municipio

\_\_\_\_\_ Residencia    Trabajo    Otra    \_\_\_\_\_

Teléfono sin indicativo    Número Celular

\_\_\_\_\_

**Deseo inscribir mi cuenta bancaria en la compañía EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A**

Entiendo que este es un servicio en el cual consignan directamente a mi cuenta bancaria los pagos que debe hacerme la compañía antes seleccionada. Brindándome más seguridad y ofreciendo mayor comodidad. Por lo cual relacionó mis datos en la parte superior de este formato.

Autorizo voluntariamente que me sea enviada información de la solicitud de devolución de aportes por algún medio electrónico (mensajes de texto al celular reportado el cual es de mi uso o propiedad, correo electrónico entre otros)

\_\_\_\_\_  
Firma de persona natural o Representante legal