Causal de Devolución de Aportes

Documento Requerido para la Devolución	IBC Mayor	Doble Aporte	Diferencia en tasa	Pago por Tabajador en Licencia, Incapacitado o Vacaciones	Documento Errado	Afiliación Anulado	Trabajador Retirado	Trabajador Ingreso Posterior	Empleador Pago Por Independiente Riesgo 1,2 ó 3 posterior	Independiente Riesgo 4 ó 5 independiente Riesgo 1,2 ó 3 posterior	Pago a Otra ARL	Traslado a Otra ARL
Solicitud formal firmada por el representante legal, gerente, director de recusos humanos o trabajador independiente	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Datos de contacto (Ciudad, dirección, teléfono, email)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Información detallada de los trabajadores: Identificación, nombres y apellidos, Período solicitado, IBC, etc	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Certificación Bancaria (No mayor a 30 dias) : Banco, tipo y número de cuenta. No se hace transferencia a Corporaciones financieras	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Planillas de pago del período solicitado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Copia cartas radicadas a la EPS, AFP y caja compensación (Para pagos en planilla E)	●	●			●	●	●	●				
Liquidación del contrato							●					
Copia del contrato								●				
Pago de aportes a la ARL del periodo solicitado por parte del reponsable del pago									●	●		
Incapacidades expedida por la EPS donde conste la fecha de inicio y fin o documento que acredite licencia o vacaciones.				●								
Soporte de pago efectuado a la otra administradora para el mismo periodo											●	
Certificado de afiliacion ARL vigente con fechas de cobertura												●