EPS delagente
Una marca Comfenalco Valle

FOR_PRE_001	Hoja 1 de 1
RADICACION INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS EPS	VERSIÓN 2

Razón Social	Tipo de Identificación	Número
	C.C. ○ C.E. ○ NIT. ○	
Dirección	Ciudad Cali	Teléfonos
Funcionario de Contacto / Cargo	Teléfono	Correo Electrónico

Autorizo a Comfenalco Valle Nit. 890303093-5 para realizar los pagos de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias a través de medios electronicos (Decreto 4023/2011):

Cuenta previamente inscrita: ☐ **Certificación Bancaria anexa:** ☐

Recuerde que: La cuenta debe estar únicamente a nombre de la empresa o trabajador independiente

Uso Empleador / Independiente: Relacione los datos de los trabajadores y licencias anexas a este formato

Uso esclusivo EPS

No.	TI	Número identificación	Nombre y Apellidos del trabajador	Origen de la solicitud					N° de días	Fecha de inicio			Documentos presentados						Confirmar recepción de documentos		Causales de devolución			
				EG	AT	EL	LM	LP		Dia	Mes	Año	1	2	3	4	5	6	SI	NO	1	2	3	4
1										15	02	2024							○	○				
2																			○	○				
3																			○	○				
4																			○	○				
5																			○	○				
6																			○	○				
7																			○	○				
8																			○	○				
9																			○	○				
10																			○	○				
11																			○	○				
12																			○	○				
13																			○	○				
14																			○	○				
15																			○	○				

Origen de la Solicitud
EG: Enfermedad General **AT:** Accidente de Trabajo **EL:** Enfermedad laboral
LM: Licencia de Maternidad **LP:** Licencia de Paternidad

Documentos Presentados
1: Solicitud de Incapacidad **2:** Copia de la Historia Clínica **3:** Certificado de Nacido Vivo **4:** Registro Civil de Nacimiento **5:** IPAT (Informe Patronal de Accidente de Trabajo) **6:** Acta de entrega menor en Adopción

NOTA 1: Radicación certificado generado por medicos adscritos a la EPS, no se requiere historia clinica.
NOTA 2: Transcripción certificado generado medico no adscrito a la red de la EPS, se requiere trabajador aporte su historia clinica.
NOTA 3: En licencias se solicita historia clinica de la usuaria que tuvo parto o aborto adicional a soportes
NOTA 4: 20 dias habiles para la respuesta (Decreto 4023/2011)

Causales de Devolución
1: No certificado médico adjunto **2:** No cotiza en EPS DELAGENTE
3: Falta soporte según marco normativo **4:** Otras Causales
_____
_____

Firma y sello de la Empresa

Espacio Exclusivo de EPS DELAGENTE

Fecha de Recepción: _____
Nombre persona que recepciona:_____

OBSERVACION:

Sello y firma recepción

ANTES DE UTILIZAR ESTE DOCUMENTO VERIFIQUE QUE SEA LA VERSION CORRECTA EN EL LISTADO MAESTRO
FOR_CAL_013_ VERSION_2

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSalud