EPS delagente
Una marca Comfenalco Valle

FOR_PRE_001	Hoja 1 de 1
RADICACIÓN 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 electrónicos (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 exclusivo EPS

No.	TI	Número identificación	Nombre y apellidos del trabajador	Origen de la solicitud					Nº de días	Fecha de inicio			Documentos presentados						Confirmar recepción de documentos		Causales de devolución			
				EG	AT	EL	LM	LP		Día	Mes	Año	1	2	3	4	5	6	SI	NO	1	2	3	4
1																			◯	◯				
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 médicos adscritos a la EPS, no se requiere historia clínica.
NOTA 2: Transcripción certificado generado médico no adscrito a la red de la EPS, se requiere trabajador aporte su historia clínica.
NOTA 3: En licencias se solicita historia clínica de la usuaria que tuvo parto o aborto adicional a soportes
NOTA 4: 20 días 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:_____
OBSERVACIÓN:

Sello y firma recepción

ANTES DE UTILIZAR ESTE DOCUMENTO VERIFIQUE QUE SEA LA VERSIÓN CORRECTA EN EL LISTADO MAESTRO
FOR_CAL_013_ VERSIÓN_2

VIGILADO SuperSalud
VIGILADO SuperSalud