


**FORMATO RADICACIÓN DE INCAPACIDADES O LICENCIAS**

Código: AS-COC-F25

Versión: 2

Proceso/Subproceso: Afiliación y aseguramiento / Compensación contributivo

Fecha: Junio 2020

DATOS GENERALES												
Nombre del Aportante			N° NIT		Dirección			Fecha de Diligenciamiento DD/MM/AAAA				
Nombre de persona de contacto			Cargo		Teléfono		Departamento/Ciudad		Correo electrónico			
INFORMACION DEL COTIZANTE						INFORMACION DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA						
TIPO DOC	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	ORIGEN (Marcar con X)				N° DIAS	FECHA DE INICIO			PRORROGA SI/NO	OBSERVACIONES
			EG AT	LM	LRP	RP		DD (Dia)	MM (Año)	AAAA (Año)		

*Tipos de Origen de la incapacidad o licencia:*  
**EG-AT:** Enfermedad general y Accidente de Transito; **LM** : Licencia de maternidad; **LRP** : Licencia remunerada de Paternidad; **RP** : Riesgo Profesional.

**DOCUMENTOS PRESENTADOS (Marcar con X):**

<b>EG-AT-RP</b>	<input type="checkbox"/>	1 ORIGINAL PRESCRIPCION MEDICA INCAPACIDAD	<b>AT</b>	<input type="checkbox"/>	8 COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCION
<b>LM-LRP</b>	<input type="checkbox"/>	2 ORIGINAL PRESCRIPCION MEDICA LICENCIA	<b>RP</b>	<input type="checkbox"/>	9 COPIA REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO (FURAT)
<b>LM-LRP</b>	<input type="checkbox"/>	3 COPIA CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	<b>RP</b>	<input type="checkbox"/>	10 COPIA ACTA CALIFICACION DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA ARP
<b>LM-LRP</b>	<input type="checkbox"/>	4 COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	<b>RP</b>	<input type="checkbox"/>	11 FORMATO DE INVESTIGACION ORIGEN DE LA INCAPACIDAD
<b>LM-LRP-EG(OPCIONAL)</b>	<input type="checkbox"/>	5 COPIA HISTORIA CLINICA	<b>TODAS</b>	<input type="checkbox"/>	12 COPIA RUT ACTUALIZADO (año 2017 en adelante) DEL APORTANTE
<b>AT</b>	<input type="checkbox"/>	6 COPIA SOAT DEL VEHICULO	<b>TODAS</b>	<input type="checkbox"/>	13 COPIA CERTIFICACION BANCARIA VIGENTE
<b>AT</b>	<input type="checkbox"/>	7 COPIA DE TARJETA DE PROPIEDAD DEL VEHICULO	<b>TODAS</b>	<input type="checkbox"/>	14 AUTORIZACION PAGO TERCERO

<b>OBSERVACIONES COMPARTA EPS-S</b>	<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE</b>	<b>FECHA, FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO</b>

*Este Formato esta sujeto a estudio y no implica aprobación por parte Comparta EPS-S*