

**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	OBSERVACIONES
			EG AT	LM	LRP	RP		DD (Dia)	MM (Año)	AAAA (Año)	SI/NO	

Tipos de Origen de la incapacidad o licencia:

EG-AT: Enfermedad general y Accidente de Tránsito; LM: Licencia de maternidad; LRP: Licencia remunerada de Paternidad; RP: Riesgo Profesional.

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

EG-AT-RP	1	ORIGINAL PRESCRIPCIÓN MÉDICA INCAPACIDAD	AT	8	COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN
LM-LRP	2	ORIGINAL PRESCRIPCIÓN MÉDICA LICENCIA	RP	9	COPIA REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO (FURAT)
LM-LRP	3	COPIA CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	RP	10	COPIA ACTA CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA ARP
LM-LRP	4	COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	RP	11	FORMATO DE INVESTIGACIÓN ORIGEN DE LA INCAPACIDAD
TODAS	5	COPIA HISTORIA CLÍNICA	TODAS	12	COPIA RUT ACTUALIZADO (año 2016 en adelante) DEL APORTANTE
AT	6	COPIA SOAT DEL VEHÍCULO	TODAS	13	COPIA CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE
AT	7	COPIA DE TARJETA DE PROPIEDAD DEL VEHÍCULO	TODAS	14	AUTORIZACIÓN PAGO TERCERO

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