No.

Diligenciado por la EPS

# SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PRESTACIONES ECONOMICAS

Consorcio Salud Comfenalco Valle EPS delagente
Comprometidos con la salud delagente

| Razon Social | | Tipo de Identificación | | | Número |
|---|---|---|---|---|---|
| | | C:C | C.E. | NIT. | |
| Dirección | | Ciudad | | | Teléfonos |
| Funcionario de Contacto | Cargo | Teléfono | Correo Electronico | | |

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:** ◯

**Uso Empelador / Idependiente:** 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 | | | | | N°de Dias | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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

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

**Espacio Exclusivo de COMFENALCO VALLE EPS**

Firma y sello de la Empresa

Fecha de Recepción: _____
Nombre persona que recepciona:_____

OBSERVACION:

Sello y firma recepción