



**FORMATO RADICACIÓN DE INCAPACIDADES MEDICAS GENERALES -
LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD**

Código: ASE - FO05

Versión: 01

ASEGURAMIENTO

Fecha: 28/08/2024

DATOS GENERALES

Nombre de la empresa o Trabajador Independiente	N° NIT o Cedula	Dirección Actual			Fecha de Diligenciamiento
					DD/MM/AAAA
Nombre de persona de contacto	Cargo	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electronico	

INFORMACION DEL COTIZANTE

INFORMACION DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA

TIPO DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	ORIGEN DE LA INCAPACIDAD (Marcar con X)				FECHA DE INICIO			FECHA FIN			N° DÍAS	PRORROGA SI/NO	OBSERVACIONES
			EG <small>(Incapacidad Medica General)</small>	LM <small>(Licencia de maternidad)</small>	LP <small>(Licencia de Paternidad)</small>	RP <small>(Riesgo Profesional)</small>	DD <small>(Dia)</small>	MM <small>(Mes)</small>	AAAA <small>(Año)</small>	DD <small>(Dia)</small>	MM <small>(Mes)</small>	AAAA <small>(Año)</small>			

DOCUMENTOS PRESENTADOS (Marcar con X):

EG	1	ORIGINAL INCAPACIDAD MÉDICA	AT	8	COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN
LM-LP	2	ORIGINAL LICENCIA DE MATERNIDAD O PATERNIDAD	RP	9	COPIA REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO (FURAT)
LM-LP	3	COPIA CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	RP	10	COPIA ACTA CALIFICACION DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA ARL
LM-LP	4	COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	RP	11	FORMATO DE INVESTIGACIÓN ORIGEN DE LA INCAPACIDAD
TODAS	5	COPIA HISTORIA CLÍNICA O EPICRISIS	TODAS	12	COPIA RUT 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	COPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EPS

OBSERVACIONES EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RADICA	FECHA, FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO
--	-----------------------------------	----------------------------------

Este Formato esta sujeto a estudio y no implica aprobación por parte **EPS FAMILIAR DE COLOMBIA**

FORMATO RADICACIÓN DE INCAPACIDADES MEDICAS GENERALES - LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Diligencie el formulario completamente con letra legible, clara y sin tachones.

DATOS GENERALES

Nombre de la Razón social de la Empresa o Trabajador Independiente:

Escriba el nombre de la persona jurídica o natural, según corresponda.

Número de Identificación NIT o Cedula: Escriba el número de identificación del NIT de la empresa o la cedula.

Dirección actual: Escriba la dirección en la cual se encuentra localizado el aportante o trabajador Independiente.

Departamento/Municipio: Escriba el departamento y municipio en el cual se encuentra ubicado el aportante o trabajador Independiente.

Fecha de diligenciamiento: Escriba el número del día, mes y año correspondiente a la fecha en que diligencia el formulario.

Nombre de persona de contacto: Escriba el nombre del representante legal o persona encargada de realizar el proceso de prestaciones económicas.

Cargo –persona contacto: Escriba el cargo que esta desempeña en la empresa.

Teléfono: Escriba el número de teléfono fijo en el cual pueda ser localizado.

Teléfono Celular: Escriba el número de teléfono celular en el cual pueda ser localizado.

Correo electrónico: Escriba la dirección de correo electrónico a la cual se debe remitir la respuesta a la solicitud de prestaciones económicas.

INFORMACION DEL COTIZANTE

Tipo de identificación: Escriba el tipo de identificación según corresponda:

- **CC:** Cedula de ciudadanía
- **CD:** Carnet diplomático
- **CE:** Cedula de extranjería
- **NI:** Número de identificación tributaria
- **PE:** Permiso especial de permanencia
- **PT:** Permiso por protección temporal
- **SC:** Salvoconducto de permanencia
- **TI:** Tarjeta de identidad

Número de Identificación: Escriba el número de identificación del cotizante.

Nombres y apellidos: Escriba el nombre y apellido del afiliado por el cual se solicita las prestaciones económicas.

INFORMACION DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA

ORIGEN DE LA INCAPACIDAD: Debe seleccionar con una x identificando el tipo de prestación económica a que corresponde

(Marcar con X)

EG (Incapacidad Medica General)

LM (Licencia de maternidad)

LP (Licencia de Paternidad)

RP (Riesgo Profesional)

FECHA DE INICIO: Escriba el día de inicio de la prestación económica el mes y el año.

FECHA FIN: Escriba el día de fin de la prestación económica el mes y el año.

NUMERO DE DIAS: Escribir el número de días de la prestación económica.

PRORROGA: Escriba la palabra SI en caso de ser una prórroga o la opción NO.

OBSERVACION: Escriba en el campo si su empresa presenta una observación de su prestación económica.

DOCUMENTOS PRESENTADOS (Marcar con X): los datos remitidos a la EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

DOCUMENTOS PRESENTADOS (Marcar con X):							
EG	<input type="checkbox"/>	1	ORIGINAL PRESCRIPCIÓN MÉDICA INCAPACIDAD	AT	<input type="checkbox"/>	8	COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN
LM-LP	<input type="checkbox"/>	2	ORIGINAL PRESCRIPCIÓN MÉDICA LICENCIA	RP	<input type="checkbox"/>	9	COPIA REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO (FURAT)
LM-LP	<input type="checkbox"/>	3	COPIA CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	RP	<input type="checkbox"/>	10	COPIA ACTA CALIFICACION DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA ARP
LM-LP	<input type="checkbox"/>	4	COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	RP	<input type="checkbox"/>	11	FORMATO DE INVESTIGACIÓN ORIGEN DE LA INCAPACIDAD
TODAS	<input type="checkbox"/>	5	COPIA HISTORIA CLÍNICA	TODAS	<input type="checkbox"/>	12	COPIA RUT DEL APORTANTE
AT	<input type="checkbox"/>	6	COPIA SOAT DEL VEHÍCULO	TODAS	<input type="checkbox"/>	13	COPIA CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE
AT	<input type="checkbox"/>	7	COPIA DE TARJETA DE PROPIEDAD DEL VEHÍCULO	TODAS	<input type="checkbox"/>	14	COPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTOS PARA PRESENTAR

- Original incapacidad médica.
- Original licencia de maternidad o paternidad.
- Copia certificada de nacido vivo.
- Copia registro civil de nacimiento.
- Copia historia clínica o epicrisis.
- Copia SOAT del vehículo.
- Copia de tarjeta de propiedad del vehículo.
- Copia de la licencia de conducción.
- Copia reporte accidente de trabajo (FURAT).

- Copia acta calificación de enfermedad profesional de la ARL.
- Formato de investigación origen de la incapacidad.
- Copia RUT del aportante.
- Copia certificación bancaria vigente.
- Copia de cedula del representante legal.