

Cafesalud Contributivo EPS003

CIUDAD

FECHA

SEÑORES:
EPS

ATTE Coordinación Nacional de Prestaciones Económicas
CIUDAD

Referencia: Reembolso por Incapacidades y Licencias

Cordialmente solicitamos a ustedes se realice el pago de las siguientes incapacidades:

TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	FECHA DE INICIACIÓN DE INCAPACIDAD AAAA/MM/DD	TPO DE INCAPACIDAD		NÚMERO DE AUTORIZADOR O INCAPACIDAD
				EG / SOAT	LM / LP	

Adjunta formato de Excel descargado del portal empresarial correspondientes a incapacidades liquidadas del año _____ SI NO

Datos del empleador o cotizante independiente

Datos del aportante

Razón Social		
Tipo de identificación	Número de identificación	
Dirección actual razón social		
Teléfono actual	Correo electrónico	
Ciudad de pago	Departamento de pago	
Contacto nómina	Teléfono	Número de folios

Por favor diligenciar la siguiente información para realizar el giro de los pagos solicitados en esta solicitud (1)

Anexa certificación bancaria SI NO

Nombre solicitante	Firma del Solicitante
Identificación solicitante	

Huella de quién firma

Espacio para ser diligenciado por la EPS

Su solicitud no puede ser radicada debido a que presenta las siguientes inconsistencias:

VERIFICO EPS (Nombre completo) Ciudad y Fecha REGIONAL No. Radicación solicitud

(1) El único documento válido para tipo de persona Jurídica será Certificación Bancaria.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie el tipo, número de documento, los nombres y apellidos completos del cotizante.
2. Relacione en el recuadro tipo de incapacidad donde EG / SOAT significa enfermedad general - SOAT, LM licencia de maternidad, LP licencia de paternidad y fecha de inicio de las incapacidades AAAA/MM/DD.
3. El número de incapacidad que se solicita, se encuentra relacionado en el "Certificado de Incapacidad o licencia" que emite directamente la IPS o el generado en la transcripción por la EPS, preferiblemente diligenciar el número del autorizador que se descarga del portal empresarial correspondiente a incapacidades y licencias liquidadas.
4. En los datos del aportante se deben suministrar los datos actualizados de nombre, tipo de identificación, número de identificación, dirección, teléfono, ciudad de pago, departamento de pago y correo electrónico.
5. En el campo "ciudad de pago", diligenciar la ciudad donde solicita se direcciona el pago de la incapacidad o licencia, el cual debe ser conforme al campo "Departamento de pago"
6. En el campo "contacto nómina" favor indicar el nombre y teléfono de la persona a contactar en caso de ser requerido por parte de la EPS.
7. En el campo "No. Folios" indique el número de hojas o soportes que conforman el paquete de solicitud.
8. Diligencie los campos "nombre, identificación y firma del solicitante", persona responsable en la empresa del trámite de incapacidades.
9. La huella es de carácter obligatoria para personas naturales.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- El pago se realizará, mediante giro a la cuenta bancaria certificada ÚNICAMENTE a nombre de quién figura como aportante o cotizante independiente en nuestro sistema; no se autorizan pagos a terceros
- Si presenta más de 10 solicitudes de pago (que tiene el presente formato), agradecemos adjuntar formato de Excel descargado del portal empresarial correspondientes a incapacidades liquidadas del año _____
- En los próximos 15 días hábiles se reportará al correo electrónico suministrado por usted(es) al operador de recaudos por pagos PILA, el detalle de incapacidades y/o licencias canceladas por parte de la EPS y en 5 días hábiles posterior a la fecha de notificación debe verificar su pago en la cuenta bancaria suministrada.
- Para efectos del reconocimiento económico, el aportante o cotizante independiente deberá encontrarse a Paz y Salvo por concepto de cotizaciones frente a la EPS.
- Tenga en cuenta los documentos que debe anexar a la solicitud de acuerdo a la siguiente guía de documentos según la condición de empleador, cotizante independiente o solicitudes por madre fallecida, juicio de sucesión y depósito judicial.
- Señor aportante recuerde: Si usted tiene el comunicado emitido por la EPS "Soportes para pago de prestaciones económicas" debe presentar esta comunicación adjunto con el formato de solicitud de pago. No se debe entregar ni certificación bancaria ni cámara de comercio siempre y cuando la información indicada en el comunicado no presente ningún cambio de lo contrario deberá anexar dichos documentos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO

Prestaciones Económicas	Empleadores (persona Jurídica)	Cotizantes Independientes	Licencia de maternidad madre fallecida de otra EPS, pero el padre es cotizante en nuestra EPS	Pago por cotizante independiente fallecido (juicio de sucesión o depósito judicial)
Formato de solicitud de pago y relación de incapacidades liquidadas página WEB	X	X	X	X
Fotocopia documento de Identidad		X		
Cámara de Comercio o RUT	X			
Entidades estatales circular 002 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en donde se indique el código de portafolio	X			
Certificado cuenta bancaria del aportante o cotizante independiente o carta de NO bancarizado para cotizante independiente	X	X	X	
Original de registro civil del menor.			X	
Fotocopia documento de Identidad padre y/o madre			X	
Acta defunción de la madre fallecida o cotizante independiente			X	X
Certificación afiliación de la madre fallecida expedida por la EPS en donde se evidencie el estado fallecida en la BDUA (base de datos única de afiliados)			X	
Certificación de liquidación y pago de la licencia de maternidad de la madre expedida por la EPS			X	
Juicio de Sucesión (cotizante independiente fallecido)				X
Certificado cuenta bancaria del beneficiario del pago				X
Copia del documento de identidad de los herederos de estos valores				X
Fotocopia de cédulas del fallecido y quién reclama los pagos (que puede ser padre, madre, hermanos, hijos etc)				X
Edicto en un periódico de circulación nacional (se solicita copia en donde se visualice el edicto, la fecha de publicación y el nombre del periódico)				X
Declaración extrajuicio, este documento debe especificar: - En caso de unión libre, el tiempo de convivencia. - Los nombres de quien o quienes reclaman especificando que son los únicos que tienen derecho a pedir dichos recursos. - El parentesco de cada persona que reclama (madre, padre, hermanos, hijos etc).				X
Si son casados solamente anexar Acta de Matrimonio				X

Señor aportante recuerde: Si usted tiene el comunicado emitido por la EPS " Soportes para pago de prestaciones económicas" debe presentar esta comunicación adjunto con el formato de solicitud de pago. No se debe entregar ni certificación bancaria ni cámara de comercio.