PIJAOS SALUD EPSIC-06

NIT. 809.008.362-2

FORMATO PARA COBRO DE PRESTACION ECONOMICA
POR INCAPACIDADES Y LICENCIAS

No . RADICACION: _____ **version: 03 LIC6-002**

1. INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE O RAZÒN SOCIAL
_____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÒN:
NIT:____ No. _____ E-MAIL: _____
CC:____ No. _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____
DIRECCIÒN _____ TEL FIJO: _____ CELULAR: _____

2. DETALLE DE LA INCAPACIDAD

NO. DE LA AUTORIZACION	TIPO Y NUMERO IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS DE LICENCIA
SUBTOTALES				
INCAPACIDAD + LICENCIAS				

3. DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO

LA CERTIFICACION BANCARIA DEBE FIGURAR A NOMBRE DE LA EMPRESA O TRABAJADOR INDEPENDIENTE, BENEFICIARIO DE LA PRESTACION ECONOMICA.

NO. DE CUENTA: ___ CTA CORRIENTE:____ CTA DE AHORROS: _____
NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA DONDE PERTENECE LA CUENTA : _____ _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

_____
C.C. No. _____

SI ES INDEPENDIENTE ANEXA:	SI ES DEPENDIENTE ANEXA:
1. Licencia o incapacidad Original, Expedida por la EPS	**1.** Licencia o incapacidad Original, Expedida por la EPS
2. Si fue por accidente de transito (moto,carro, etc), anexar el reporte de transito	**2.** Si fue por accidente de transito (moto,carro, etc), anexar el reporte de transito
3. Fotocopia de la cedula de ciudadanía.	3. Certificación - Copia del RUT y Cámara de Comercio con fecha actualizada.
4. Certificación Bancaria vigilada por la superfinanciera, con vigencia menor de un mes.	**4.** Certificación Bancaria vigilada por la superfinanciera, con vigencia menor de un mes.
5. Si es licencia paterna, registro civil del recién nacido, antes de cumplir el mes de vida.	**5**. Fotocopia del documento de Representación Legal. **6.** Fotocopia de cedula representante legal.
6. Formato TIC6-001 diligenciado transcripcion incapacidad y/o licencia.	**7.** Si es licencia paterna, registro civil del recién nacido, antes de cumplir el mes de vida.
	8. Formato TIC6-001 diligenciado transcripción incapacidad y/o licencia

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA EPS PIJAOS SALUD

FECHA DE RADICACION : _____

_____	_____	_____
FIRMA Y SELLO DE QUIEN RECIBE	LIQUIDADOR	APROBADO PARA PAGO

Elaboro y proyecto _____ Reviso y Aprobo _____