

Solicitud de reconocimiento de prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad.

RECONOCIMIENTO Y FORMA DE PAGO SUJETO AL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES Y ORGANIZACIONALES

Datos del solicitante

Razón social o nombre del trabajador independiente		Tipo de identificación T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nit. <input type="checkbox"/>		Número
Dirección		Ciudad / Municipio		
Teléfono fijo (incluir indicativo)	Teléfono celular	Correo electrónico		
Nombre y cargo de la persona contacto				
Tipo de aportante: (marque con una X según corresponda): Casillas 1 o 2: según el número de cotizantes; trabajadores activos o pensionados reportados en la nómina. / Casilla 3: sólo para trabajadores independientes.				
1. 200 o más cotizantes <input type="checkbox"/>		2. Menos de 200 cotizantes <input type="checkbox"/>		3. Trabajador independiente <input type="checkbox"/>

Autorización de pago de incapacidades y licencias por transferencia electrónica

Autorizo a Comfenalco Antioquia Nit 890900842-6 para realizar los pagos a través de transferencia electrónica de fondos.

La cuenta debe ser de único titular, no debe ser compartida. La cuenta debe corresponder a la empresa.
Si el empleador autoriza el pago directo al trabajador, la cuenta debe ser del trabajador.

Nombre del Banco	Tipo de cuenta Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/>
Número de la cuenta <small>Escriba de izquierda a derecha sin dejar espacios y sin guiones, todos los números de la cuenta incluyendo los ceros a la izquierda.</small>	
Nombre del titular de la cuenta	

La fecha para consultar la consignación en la cuenta bancaria es la informada en el momento de presentar la solicitud ante la EPS.

Relacione los trabajadores a quienes se les expidió los certificados originales de incapacidad o licencia anexos a este formato:

No.	Identificación	Trabajador Nombres y Apellidos	No. de certificados presentados por cada trabajador	Observaciones de la EPS en el momento de la radicación
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Firma y sello del empleador responsable

Nombre y sello de colaborador que recibe la solicitud

Original: EPS

Copia: Empleador y/o trabajador independiente