



FORMATO
RADICACIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS FUNDACION SALUD MIA EPS

GERENCIA DE ASEGURAMIENTO

Versión: 4
Código: FT-PA-GDA-02

PROCESO: GARANTIA DE LA ATENCIÓN

Página: 1 de 1

Nota Aclaratoria: La solicitud de Prestaciones Económicas (Incapacidades y Licencias) a través del diligenciamiento y radicación de este formato con sus respectivos soportes, entran en proceso de estudio y verificación de las condiciones definidas en la normatividad legal vigente. Es importante aclarar, que la presentación de esta solicitud NO obliga la Aceptación de la misma por parte de nuestra entidad, quien contara con quince (15) días hábiles para emitir respuesta a su solicitud en los terminos que establece la norma.

FECHA RADICACIÓN: _____ MUNICIPIO RADICACIÓN: _____ RADICADO: _____

DATOS DEL APORTANTE (Empresa y/o Cotizante Independiente)

Tipo de Identificación: RC__TI__CC__NI__CE__PE__		Número de identificación:	
Razón Social o Nombre del Aportante:			
Dirección Actual:		Municipio:	Departamento:
Correo Electrónico:			Teléfono o Celular Aportante:
Encargado o Contacto de Nómina:			Teléfono o Celular Nómina:

DATOS DE LA RADICACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Item	Tipo Documento	Número Documento	Nombres y Apellidos del Cotizante	Tipo Cotizante (1)	Fecha Inicio (DD/MM/AAAA)	Número Días Descanso	Tipo Radicación (2)	Cantidad Documentos Radicados
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

...Más de 10 registros. (Marcar con X si anexa relación adicional en la misma estructura de este formato): _____

(1) TIPO COTIZANTE: Corresponde al tipo de cotizante de acuerdo a lo establecido en la norma y por ende los pensionados y sustitutos no tienen derecho a reconocimiento de la prestación económica.

I: Independientes - D: Dependientes

(2) TIPO RADICACIÓN: Corresponde al concepto por el cual esta realizando la radicación de la prestación económica.

EG: Enfermedad General "Origen Común" - AT: Enfermedad General "SOAT por Accidente de Transito" - EL: Enfermedad Laboral - LM: Licencia de Maternidad - LP: Licencia de Paternidad

Firma encargado nómina / o aportante o independiente:

Declaro o afirmo bajo gravedad de juramento que la información registrada en el siguiente documento es veraz y es la necesaria para que el trámite que solicito pueda ser reportado conforme a lo establecido.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO RADICACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Fecha Radicación: Corresponde a la fecha en que se radica la solicitud.

Municipio Radicación: Corresponde a la ciudad o municipio en donde realiza la radicación de la solicitud.

Radicado: Corresponde al número de radicado o consecutivo que le asigna la EPS, para su respectivo control y seguimiento.

DATOS DEL APORTANTE (Empresa y/o Cotizante Independiente)

Tipo de Identificación: Diligenciar el tipo de documento de identidad de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud (**RC:** Registro Civil de Nacimiento - **TI:** Tarjeta de Indentidad - **CC:** Cedula de Ciudadania - **NI:** Número de Identificación Tributario - **CE:** Cedula de Extranjeria - **PE:** Permiso Especial de Permanencia).

Número de Identificación: Diligenciar el número de documento de identidad de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Razón Social o Nombre del Aportante: Diligenciar el nombre de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Dirección Actual: Diligenciar la dirección de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Municipio: Diligenciar el municipio según la dirección de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Departamento: Diligenciar el departamento según la dirección de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Correo Electrónico: Diligenciar el correo electrónico de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Teléfono o Celular Aportante: Diligenciar el teléfono o celular de contacto de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Encargado o Contacto de Nómina: Diligenciar el nombre y apellidos de contacto de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

Teléfono o Celular Nómina: Diligenciar el teléfono o celular de contacto de la empresa o cotizante independiente de quien realiza la solicitud.

DATOS DE LA RADICACIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Ítem: Corresponde al número o consecutivo de registro solicitado.

Tipo Documento: Diligenciar el tipo de documento de identidad del cotizante por quien se realiza la solicitud (RC: Registro Civil de Nacimiento - TI: Tarjeta de Indentidad - CC: Cedula de Ciudadania - CE: Cedula de Extranjeria - PE: Permiso Especial de Permanencia).

Número Documento: Diligenciar el número de documento de identidad del cotizante por quien se realiza la solicitud.

Nombres y Apellidos: Diligenciar los nombres y apellidos del cotizante por quien se realiza la solicitud.

Tipo Cotizante (1): Diligenciar el tipo de cotizante de acuerdo a la norma (I: Independientes - D: Dependientes). No aplica para pensionados y sustitutos debido a que no tienen derecho de reconocimiento.

Fecha Inicio: Diligenciar la fecha inicio de la prestación económica, la cual es dictaminada por el médico tratante.

Número Días Descanso: Diligenciar los días de descanso autorizados por el médico tratante correspondiente a las prestaciones económicas.

Tipo Radicación (2): Diligenciar el tipo de radicación de la prestación económica (**EG:** Enfermedad General "Origen Común" - **AT:** Enfermedad General "SOAT por Accidente de Transito" - **EL:** Enfermedad Laboral - **LM:** Licencia de Maternidad - **LP:** Licencia de Paternidad)

Cantidad Documentos Radicados: Diligenciar en número la cantidad de documentos anexados para la radicación de la prestación económica.

DOCUMENTOS ANEXOS A LA RADICACIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

1. Persona Jurídica

- Camara de Comercio / Registro Único Tributario "RUT" / Personería Jurídica.
- Fotocopia del Documento de Identidad del Representante Legal.
- Certificación Bancaria no mayor a 30 días (Original).
- Formato inscripción cuenta bancaria para pago por transferencia electrónica.

2. Persona Natural

- Registro Único Tributario "RUT".
- Fotocopia del Documento de Identidad (Ampliado al 150%).
- Certificación Bancaria no mayor a 30 días (Original).
- Formato inscripción cuenta bancaria para pago por transferencia electrónica.

1. Incapacidades

- Certificado Médico de la Incapacidad del Cotizante.
- Historia Clínica del Cotizante (cuando el certificado médico es generado por un médico no adscrito a la red de la EPS).
- Formulario Único de Reporte Accidente de Trabajo "FURAT".
- Formulario Único de Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Salud "FURIPS".
- Copia del Informe Patronal Accidente de Transito "IPAT" (Opcional)
- Fallo de la Tutela.
- Certificado de Aportes o Pagos emitido por la Anterior EPS, donde se evidencie la cotización al SGSSS (Información que debe contener la certificación: Aportante, Periodo, IBC, Días Cotizados y Recaudos).

2. Licencias de Maternidad y/o Paternidad

- Certificado Médico de la Licencia de Maternidad.
- Historia Clínica de la Madre (En la cual registre semanas de gestación en el momento del parto).
- Certificado de Nacimiento Vivo del Menor.
- Registro Civil de Nacimiento del Menor.
- Certificado de Defunción de la Madre Fallecida.
- Fallo de la Tutela.
- Certificado de Aportes o Pagos emitido por la Anterior EPS, donde se evidencie la cotización al SGSSS (Información que debe contener la certificación: Aportante, Periodo, IBC, Días Cotizados y Recaudos).

NOTAS ACLARATORIAS A TENER EN CUENTA EN LA RADICACIÓN DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

* De acuerdo con lo señalado en el Título 3 "PRESTACIONES ECONÓMICAS", Artículo 2.2.3.1. "Pago de prestaciones económicas" del Decreto 780 de 2016 "...El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante..."

* De acuerdo con lo señalado en el Título 9 "EFECTOS DE LA MORA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES Y GARANTÍA DE LA ATENCIÓN EN SALUD" del Decreto 780 de 2016 "...Durante los periodos de suspensión por mora no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS y su pago estará a cargo del empleador, salvo que haya mediado un acuerdo de pago..."

* A partir del 1 de agosto del 2012 los pagos a proveedores, afiliados, aportantes y terceros solo podrán realizarse a través de transferencia electrónica, les solicitamos a quienes no tienen cuenta matriculada o registrada, inscribir sus cuentas bancarias en la EPS.

* Si la solicitud de prestaciones económicas corresponde a más de diez (10) registros de cotizantes, por favor adicionar relación con los mismos campos solicitados en el presente formato.

* La presente solicitud esta sujeta a verificación de aprobación o negación por cada cotizante relacionado, cuya respuesta sera emitida al correo electrónico relacionado en el presente formato de acuerdo a los tiempos de la norma.

	FORMATO INSCRIPCION PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA	GERENCIA AMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
		PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVO FINANCIERA	Versión: 1
		Página 1 de 1	

Solicitud inicial () Solicitud de modificación ()

Fecha: _____

Yo, _____ identificado con la cedula de ciudadanía No _____ de _____, actuando en nombre propio () o como Representante Legal () de _____ con Nit _____, autorizo a Fundación Salud Mia EPS para que efectué el pago de las acreencias a mi favor () o a favor de la entidad que represento () a través de la utilización de sistemas de trasferencia electrónica de fondos, mediante el abono de los recursos a la cuenta que se indica a continuación:

Persona natural ()

Persona jurídica ()

Nombre del titular de la cuenta: _____

Identificación del titular: C.C () NIT () No. _____

Nombre entidad bancaria: _____

Ciudad donde tiene la cuenta: _____

Nombre Sucursal u Oficina: _____

Tipo de cuenta: Ahorros () Cuenta corriente ()

Numero de la cuenta : _____

“Igualmente manifiesto (en nombre propio o de la entidad que represento, según el caso) que la autorización contenida en esta carta permanecerá vigente en forma indefinida, mientras el suscrito (o el representante legal de esta entidad, según el caso) no informe por escrito a Fundación Salud Mia EPS la decisión de revocarla, o de modificar los datos de la cuenta o la entidad financiera aquí señaladas, utilizando para este último efecto el formato dispuesto por Fundación Salud Mia EPS. En consecuencia, libero a Fundación Salud Mia EPS de cualquier responsabilidad por la omisión o demora en que incurra el suscrito (o la entidad que represento) en notificar por escrito y en debida forma cualquier revocación o modificación de esta autorización”.

Así mismo, autorizo a Fundación Salud Mia EPS para que los soportes del pago respectivo me sean enviados a la dirección de Internet o de correo electrónico que señalo a continuación:

E-mail: _____

FIRMA