

No.
 Diligenciado por la EPS

Solicitud de reconocimiento de prestaciones económicas en salud

RECONOCIMIENTO 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		
Teléfono fijo	Teléfono celular	E-Mail		
Nombre y cargo de la persona contacto				
Autorizo el pago de las prestaciones económicas por incapacidades y licencias a través de medios electrónicos (Decreto 4023/2011)				
Autorizo a Compensar Nit 860066942-2 para realizar los pagos a través de transferencia electrónica de fondos: Cuenta previamente inscrita: <input type="checkbox"/> Certificación bancaria anexa: <input type="checkbox"/>				
Recuerde que: La cuenta debe estar únicamente a nombre de la empresa o trabajador independiente				
La fecha para consultar la consignación en la cuenta bancaria es la informada en el momento de radicar la solicitud				

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

No.	Identificación	Trabajador Nombres y apellidos	No. de certificados radicados 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 del colaborador que recibe la solicitud

Señor aportante, la respuesta a su solicitud sobre el reconocimiento de la prestación económica, será enviada al correo electrónico registrado en este formato, por lo tanto, es un campo que se debe diligenciar.

Para mayor información sobre el estado de su trámite comuníquese al call center 4441234