

| SOPORTE | | | ESPECIFICACIONES | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| 1. Solicitud Escrita del Médico tratante | | | <p>Para incapacidades: Lugar y fecha de expedición, nombres y apellidos completos y número de identificación del paciente, diagnóstico exacto, estado de salud del paciente, tratamiento prescrito o acto médico, escrito en letra legible. En casos de cirugía, nombre del procedimiento quirúrgico realizado, día, mes y año del inicio y fin de la incapacidad, número de días exactos de incapacidad escrito en números y letras, especificar si la incapacidad es o no extensión de una anterior, nombre del profesional de la medicina que lo expide y su número de cédula, número de la tarjeta profesional o registro y firma de quien lo recibe.</p> | | | | |
| | | | <p>Para licencias: Nombres y apellidos completos, número de identificación del paciente, fecha probable de parto, día, mes y año del inicio de licencia, número de semanas de gestación al momento de nacer el bebé, especificar si el parto prematuro y fecha de nacimiento del menor (día, mes, año). Certificados de licencia de maternidad expedidos en otro país, para efectos de su reconocimiento por parte de la EPS, deberán ser legalizados o apostillados en la embajada o el consulado de Colombia o en su defecto, en el de una nación amiga. Será indispensable adjuntar el resumen de historia clínica o epicrisis, la traducción oficial del certificado y de la historia clínica al castellano para la respectiva transcripción por parte de la EPS.</p> | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| X | X | X | X | X | X | | |
| 2. FURAT | | | Reporte de Presunto Accidente de Trabajo | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| | X | | | | | | |
| 3. FURIPS | | | Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito. | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| | | | X | | | | |
| 4. Carta de aprobación Enfermedad Laboral. | | | Carta de aprobación de la Enfermedad Laboral por parte de la ARL o Juntas. | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| | | X | | | | | |
| 5. Registro civil de nacimiento o certificado de nacido vivo. | | | | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| | | | | X OPCIONAL PRELICENCIA | | | |
| 6. Copia de sentencia por adopción proferida por el respectivo juez de familia y/o carta de ubicación en el medio familiar. | | | Nombres y apellidos completos de la madre o el padre adoptante. Número de documento de identidad, día, mes, año de la entrega del menor y edad del menor. | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| | | | | | | X | |
| 7. Registro civil del menor dentro de los siguientes treinta (30) días hábiles del parto. | | | Pasados los treinta (30) días hábiles del nacimiento del bebé no se liquida la licencia, adjuntar solicitud escrita del médico tratante que indique las semanas de gestación de la madre al momento del parto. En caso de fallecimiento de la madre, copia de la licencia inicial de la mamá. | | | | |
| Incapacidad Enfermedad General | Incapacidad por Accidente de Trabajo | Incapacidad por Enfermedad Laboral | Incapacidad por Accidente de Tránsito | Licencia de Maternidad | Licencia de Aborto | Licencia de Adopción | Licencia de Paternidad |
| | | | | X OPCIONAL PRELICENCIA | | | X OPCIONAL PRELICENCIA |
| <p>Observaciones: En todos los casos si el motivo de la incapacidad es un trauma o tratamiento de este se debe diligenciar el cuestionario "M-GINT-F103 Formato para descarte de evento laboral", este debe ser diligenciado en su totalidad por el usuario, si corresponde a prórroga solo se debe solicitar este documento en la primer transcripción. Para enfermedad general incluir este soporte para todos los diagnósticos de traumatismos.</p> | | | | | | | |
| <p>Para los casos de transcripción de prestaciones derivadas de atención a través de consultas por medicina laboral prepagada, Planes de Atención Complementaria (PAC), servicios de ambulancia prepagada y/o pólizas de salud, se requiere por parte del usuario, la presentación del carné de afiliación correspondiente o certificado de afiliación.</p> | | | | | | | |
| <p>Para las licencias de Paternidad se debe adjuntar Solicitud Escrita del Médico tratante, en donde indique las semanas de gestación de la madre al momento del parto. Con los datos legibles y completos del médico y la IPS donde se atendió el parto.</p> | | | | | | | |