| ** | Documentos Básicos para el Proceso de | | | VAIN - BEN | | | |
|-----------------|---|---|---|---|--|--------------------|----------|
| 3/1 | | Valoración de Pé | érdida de Capacidad | Laboral | Espacio para Sticker o | on Rad | icado |
| oor | veuir | Pensiones y Cesantía | as Porvenir | | | | |
| Nombre | e del Afiliad | 0 | | | | | |
| Tipo ID | | N° Documento | De | | | | |
| Trámite | e de: Afilia | do/Pensionado 🔲 🛮 Ber | neficiario 🗌 | | | | |
| | Nombre d | el Beneficiario | Documento de Identificación | Parentesco | Centro de Costos | 2232 / | D |
| | | | | | □ | | |
| radica fácil | a usted sor I, segura v | exactamente los mismos sin costo; lo asesoramos, | nero, él no le va a generar valo s. Reiteramos, usted puede ha , acompañamos y le cumplimo interna: "www.porvenir.com.co | cer sus trámites en P s la promesa de serv | orvenir de manera icio. Si alguien le | Verifica Oficii | |
| | 1 | | ción PCL de Origen Común | | | Recibido | Validado |
| ANG | 1. Solicitud | de Valoración Pérdida de Ca | apacidad Laboral - Anexo G comp | letamente diligenciado | con letra legible. | | |
| DIA | 2. Fotocopia | a del documento de identida | ad del afiliado o beneficiario amplia | ada al 150%. | | | |
| AHC | 3. Autoriza | ción de conocimiento de | historia clínica con firma y hue | lla dactilar del afiliado |). | | |
| CRIE | 4. Concepto de Rehabilitación generado previamente por la EPS. Debe contener: fecha de expedición, diagnóstico, pronóstico, secuelas, concepto NO FAVORABLE y origen común. Para casos creados por subsidio de incapacidad, registrar el número de radicado del concepto Favorable. | | | | | | |
| CEPI | 5. Certificado de la EPS con la Relación de las Incapacidades generadas (opcional). | | | | | | |
| OEJ | 6. Dictamen de la EPS, ARL, Colpensiones, Junta Regional (en firme, con Ejecutoría) y/o Junta Nacional si con anterioridad presentó una calificación. | | | | | | |
| ECA | 7. Exámenes clínicos (resultados de imágenes diagnósticas, de laboratorio y afines, del último año). | | | | | | |
| HCA | 8. Copia Hi | storia Clínica completa que i | incluya valoraciones, conceptos y | tratamiento desde el in | icio de la enfermedad. | | |
| ⚠ Re | ecuerde que | e: | | | | | |

| 12. | | |
|-----|----------|-----|
| 1 | Recuerde | ane |

- 1. Recibida la solicitud completa no implica aceptación. Los documentos y soportes entregados están sujetos a verificación y control.
- 2. Para iniciar el proceso es requisito indispensable que el origen de la enfermedad o patología sea de origen común (en firme).
- 3. Si se evidencia que existe diferencia (apelación) en el origen de la enfermedad reportado por la EPS en el Concepto de Rehabilitación, la solicitud de valoración no podrá ser gestionada por la Administradora. Deberá presentarla una vez esté en firme el origen de la enfermedad.
- 4. Una vez evaluada la solicitud la valoración PCL, la Aseguradora remitirá una comunicación, máximo a los veinte (20) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción completa de los documentos, sin tener en cuenta los tiempos de correspondencia.

| Observaciones: | | | |
|----------------------------------|--------------------|--|----------|
| Colaborador que recibe - Oficina | | Espacio para Sello de Correspondencia | |
| Firma | Impresión SIAFP | | |
| Nombre | | | ٤ |
| Colaborador que valida - Oficina | | Firma Afiliado/Tutor | DE DC 44 |
| Firma | | Firma | 2 |
| Nombre | Validación CHL | El afiliado se compromete a mantener sus datos de localización actualizados. | POC FOC |