ININ - BEN								
Espacio	para	Sticker	con	Radicado				

Documentos Básicos para la Solicitud de Subsidio Equivalente de Incapacidad Temporal Pensiones y Cesantías Porvenir

Nombre	mbre del Afiliado			Centro de Costos	2232	2 / D		
Tipo ID		N° Documento de ta que un tramitador le cobre dinero, él no le va a generar valor agregado, los trár			No. Envío o Tarea _			
radica (fácil, se	usted son exa egura y sin co	actamente los mism sto; lo asesoramos, a	dinero, él no le va a g os. Reiteramos, ustec acompañamos y le cu www.porvenir.com.co/	d puede hacer s mplimos la pron	sus trámites en P nesa de servicio.	orvenir de manera Si alguien le cobra,	Verifica Ofici	ación na
		Solicitud	Pago Subsidio de Inc	apacidades			Recibido	Validado
ANG	1. Solicitud d	le pago de incapacidad	d - Anexo G completame	ente diligenciado	con letra legible.			
DIA	2. Fotocopia	del documento de ide	ntidad del afiliado amplia	ada al 150%.				
AHC	3. Autorizacio	ón de conocimiento de	historia clínica con firm	a y huella dactilaı	r del afiliado.			
CEPI	4. Certificación de la EPS con la relación de incapacidades generadas y acumuladas con más de 165 días.							
ITE	5. Original de	e las Incapacidades <u>tra</u>	anscritas por la EPS a pa	artir del día 181.				
CRIE	6. Concepto de Rehabilitación generado previamente por la EPS. Este debe contener: fecha de expedición, diagnóstico, pronóstico, secuelas, concepto FAVORABLE y origen común. * Concepto DESFAVORABLE de origen común, a partir de julio de 2023 de acuerdo con la sentencia C-270.							
CERB	7. Copia del certificado de cuenta bancaria, en donde se abonará obligatoriamente dicho subsidio.							
PAPT	8. Poder aute	enticado para pago a t	ercero (empleador), cua	ndo aplique.				
ECA	9. Copia de exámenes clínicos (resultados de imágenes diagnósticas, de laboratorio y afines) del úiltimo año.							
HCA	10. Copia de la historia clínica o epicrisis completa del último año.							
A Red	cuerde que:							
ser devi 2. El pa decir, la por la n subsidio 3. Esta con el a 4. De pr radicaci 5. Antes	uelta o rechazad go del subsidio a Administradora nisma patologia o de acuerdo a Sociedad Admin porte se genera roceder el pago o ón de la solicituo	a por no cumplir con los pequivalente de incapacia cancelerá 360 días adia, en un tiempo superior la normatividad vigente istradora en el momento el pago del seguro previsdel subsidio equivalente di. 540 días de incapacida	dad temporal a cargo de l cionales al día 181, siem a 30 días. De no cumpli	a AFP, será a parti ore y cuando no se con los parámetro el aporte realizado p ñía aseguradora su ste será cancelado	ir del día 181 y máxir haya presentado un os y/o requerimiento por su empleador al F bsidia el pago de la in a los veinte (20) días	no hasta el día 540 de la interrupción entre las s exigidos, se suspendondo de Pensiones Oblicapacidad.	incapacid s incapaci lerá el pa gatorias, y ir de la fec	ad; es dades go del ya que cha de
Declar	ación y Firma							
Admini	stradora de Fon	dos de Pensiones y Cesa	formación consignada y l antías Porvenir o la Asegui secuencias penales que p	adora podrán valid	iar y verificar ante la E	EPS y/o cualquier fuente		
Nombre	e Completo		N° ID _		<u> </u>	Firma del Afiliad	do	
Co	Colaborador que recibe - Oficina Colaborador que valida - Oficina Espacio para Sello de Corres			a Sello de Correspo	ndencia	ı		
	Firma	а	Firma					

Nombre

Nombre