



Documentos Básicos para el Pago de Prórroga de Subsidio Equivalente de Incapacidad Temporal

Pensiones y Cesantías Porvenir

PRIN - BEN

Espacio para Sticker con Radicado

Nombre del Afiliado _____

C.C. T.I. C.E. N° Documento _____ de _____

Oficina _____ Páginas _____

Centro de Costos **2232**

Digitalizado _____

Solicitud Pago Subsidio de Incapacidades

Verificación Oficina

		Recibido	Validado
CPI	1. Original de las Incapacidades transcritas por la Entidad Promotora de Salud (EPS).		
	2. Soporte y/o epicrisis médico por cada incapacidad otorgada.		

Recuerde que:

1. Recibidos los documentos no implica aceptación de la solicitud. El pago del subsidio equivalente de incapacidad temporal puede ser devuelto o rechazado por no cumplir con los parámetros legales.
2. Para iniciar el proceso es requisito indispensable que radique la documentación completa y en el orden indicado anteriormente.
3. El pago del subsidio equivalente de incapacidad temporal a cargo de la AFP, será a partir del día 181 y máximo hasta el día 540 de incapacidad; es decir, la Administradora cancelará 360 días adicionales al día 181, siempre y cuando no se haya presentado una interrupción entre las incapacidades por la misma patología en un tiempo superior a 30 días. De no cumplir con los parámetros y/o requerimientos exigidos, se suspenderá el pago del subsidio de acuerdo a la normatividad vigente.
4. Esta Sociedad Administradora en el momento de la radicación verificará el aporte realizado por su empleador al Fondo de Pensiones Obligatorias, ya que con el aporte se genera el pago del seguro previsional con el cual la compañía aseguradora subsidia el pago de la incapacidad.
5. De proceder el pago del subsidio equivalente de incapacidad temporal a cargo de la AFP, este será cancelado a los treinta días calendario contados a partir de la fecha de radicación de la solicitud.
6. Antes de cumplir los 540 días de incapacidad continua, debe radicar en la Administradora, los documentos para que se inicie el proceso de valoración de pérdida de capacidad laboral.

Nota. Favor informémos si cambia la dirección de residencia, para posteriores contactos.

Declaración y Firma

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada y la documentación aportada en la presente solicitud es verídica y la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir podrá validar y verificar ante la EPS y/o cualquier fuente de información e investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

Nombres y Apellidos _____

Firma del Afiliado

No. de Identificación _____

Colaborador que recibe - Oficina

Colaborador que valida - Oficina

Espacio para Sello de Correspondencia

Firma

Firma

Nombre

Nombre

“En Porvenir tramitar su solicitud de pago de

subsidio equivalente de incapacidad temporal es fácil y rápido, no necesita tramitador”

Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dinero a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoría interna fax N° 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 en Bogotá.