

Relacion de Recepcion y Devolucion de Incapacidades y Licencias

Nombre o Razon Social del Aportante: _____											Sello						
Tipo de ID: _____ No. De ID _____																	
Direccion de Correspondencia: _____																	
Telefono o Celular del Contacto: _____																	
Mail del Contacto: _____																	
Elaborado por: _____																	
Fila	IDENTIFICACION COTIZANTE		SOPORTES DEL CERTIFICADO O SOLICITUD DE LICENCIA								PROCESADO		CAUSALES DE DEVOLUCION			Nombre del auxiliar que Proceso	
	Tipo	Número	(1) Copia de la HC	(2) Registro Civil de Nacimiento	(3) Acta de Adopcion	(4) Certificado de Defuncion	(5) Copia de la licencia de Maternidad	(6) Certificado de no disfrute de calamidad domestica por licencia de paternidad	(7) Reporte de Accidente de Trabajo	Cantidad de Soportes	SI	NO	Sin Certificado Medico	No Cotiza en la EPS	Falta anexar soporte		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
Total de Certificados o Solicitudes de Licencia:			OBSERVACIONES:														
Recibido EPS:			Recibe Funcionario de la Empresa:														