



**FORMATO DE SOLICITUD PAGO INDEMNIZACIÓN POR
INCAPACIDAD TEMPORAL**

Fecha de Versión:
08/20/2021

Versión
02

Página 1 de 1

Código:
IN AR FO 09

FECHA DE
RADICACION

POLIZA N°

SELLO DE RADICACION:

NUMERO DE INCAPACIDAD _____

EMPLEADOR _____ NIT N° _____ DIV _____

CIUDAD _____ DEPARTAMENTO _____

IPS O EPS DONDE EXPIDE LA INCAPACIDAD _____

N° DE SINIESTRO _____ POLIZA N° _____ FECHA ACCIDENTE _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____ N° DE IDENTIFICACION _____

INICIO DE INCAPACIDAD ____ DE _____ DE _____

TERMINACION DE INCAPACIDAD ____ DE _____ DE _____

PRORROGA : SI _____ NO _____

DIAS DE INCAPACIDAD _____ VALOR \$ _____

VALOR EN LETRAS _____

DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ: NIT _____

DIRECCION _____ TELÉFONO _____

CIUDAD _____ DEPARTAMENTO _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA QUIEN RECIBE

FIRMA QUIEN ENVIA

AUTORIZA PAGO