Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial

Anexo: Documentos y soportes, **que debe allegar los servidores**, para el trámite de las incapacidades de origen general y las licencias de maternidad y de paternidad.

Documentos y soportes para el trámite de las incapacidades de origen general y las licencias de maternidad y de paternidad											
Documentos	Trámite de incapacidades de origen general expedidas por redes adscritas a la EPS.	Trámite de incapacidades de origen general expedidas por redes **no** adscritas a la EPS.	Trámite de incapacidades por concepto de enfermedad general, expedidas por empresas de medicina prepagada, por empresas prestadoras de planes complementarios u otros seguros.	Trámite de licencia de maternidad, expedidas por las Empresas Promotoras de Salud EPS.							Trámite de licencia de paternidad, ante las Empresas Promotoras de Salud EPS.
				Preparto	Parto normal y/o múltiple	Parto prematuro y/o múltiple	Descanso remunerado por aborto	Adopción	Adopción múltiple	Fallecimiento de la madre	
Original del certificado médico donde conste la incapacidad otorgada por la Entidad Promotora de Salud (EPS) el cual deberá contener, como mínimo, la siguiente información: a) Lugar y fecha de expedición; b) Fecha de inicio y fecha fin; c) Nombres completos del paciente; d) Identificación del paciente; e) Diagnóstico completo y legible; f) Duración de la incapacidad; g) Especificar si es una incapacidad inicial o prórroga; h) Datos legibles del médico tratante: nombre completo, número de la tarjeta profesional y firma. Con sus respectivos soportes, a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes a la expedición de la incapacidad.	**X**	**X**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**X**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Original del certificado médico donde conste la incapacidad transcrita por parte de la EPS, el cual deberá contener, como mínimo, la siguiente información: a) Lugar y fecha de expedición; b) Fecha de inicio y fecha fin; c) Nombres completos del paciente; d) Identificación del paciente; e) Diagnóstico completo y legible; f) Duración de la incapacidad; g) Especificar si es una incapacidad inicial o prórroga; h) Datos legibles del médico tratante: nombre completo, número de la tarjeta profesional y firma. Con sus respectivos soportes,con sus respectivos soportes a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes a la transcripción de la incapacidad.	**N/A**	**N/A**	**X**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**X**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Original del certificado médico, que contenga datos completos del paciente, del médico tratante (nombres, apellidos, número de documento de identidad y de la Tarjeta profesional), en el cual debe constar: a) El estado de embarazo de la trabajadora- edad gestacional; b) La	**N/A**	**N/A**	**X**	**X**	**X**	**X**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

indicación del día probable del parto, y c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto, fecha probable del parto. Historia Clínica en la que conste la edad gestacional del bebé.											
Original del certificado médico, que contenga datos completos del paciente, del médico tratante (nombres, apellidos, número de documento de identidad y de la Tarjeta profesional), (fecha de nacimiento, edad gestacional y días de licencia).	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	X	N/A	N/A	X	X
Certificado(s) de nacido vivo o registro civil de nacimiento del hijo(s).	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Registro civil del nacimiento del hijo el cual debe presentarse a la mayor brevedad posible y **antes de los treinta (30) días siguientes** a la fecha de nacimiento del menor, único soporte válido para este trámite (artículo 1° Parágrafo 2 de la Ley 1822 del 4 de enero de 2017).	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X
Registro(s) civil(es) del(os) menor(es) adoptado para validar la edad (debe(n) ser menor(es) de 18 años).	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A
Certificado de defunción de la madre gestante.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Copia autentica del acta de entrega o Colocación del(os) menor(es) o adolescente(s) por parte del ICBF o institución autorizada por el mismo.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A
Certificado de semanas de gestación de la madre al momento del parto.	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Copia de la historia clínica (con formato de autorización historia clínica debidamente firmado según sea el caso DESAJ - DEAJ; donde conste las semanas de gestación	X	X	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del / la cotizante.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de las cédulas de ciudadanía de los padres adoptantes.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A
Copia del carnet de afiliación a la empresa de medicina prepagada o del plan complementario de salud o copia de la póliza del seguro por el cual se haya prestado la atención médica; según sea el caso.	N/A	N/A	X	X	X	X	X	N/A	N/A	X	N/A
Copia del recibo del último pago efectuado a la empresa de medicina prepagada o del plan complementario de salud, o del pago de la póliza, según sea el caso.	N/A	N/A	X	X	X	X	X	N/A	N/A	X	N/A
Si el servidor judicial lleva menos de un (1) mes vinculado con la entidad, deberá aportar el certificado de aportes donde conste que ha cotizado, como independiente o a cargo del anterior empleador, un término de cuatro (4) semanas anteriores a la vinculación, si a ello da lugar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Si la Servidora judicial, ingresó a la Entidad en estado de embarazo, aportar el certificado de afiliada cotizante donde conste que efectuó los aportes desde el inicio del período de	N/A	N/A	N/A	X	X	X	N/A	N/A	N/A	X	X

gestación ya sea en calidad de trabajadora independiente o a través de su anterior empleador, si a ello da lugar. Para el caso de la licencia de paternidad aportar el certificado de aportes donde conste que ha cotizado, como independiente o a cargo del anterior empleador, durante todo el período de gestación, de su pareja, anterior a la vinculación, si a ello da lugar.											
Para los afiliados de la EPS Sanitas y Salud Total, en caso de tratarse de accidente, lesión, golpe, herida, esguince, contusión, traumatismo, quemadura, esfuerzo, fractura, luxación, desgarro, mordeduras, cuerpo extraño, retiro de material de osteosíntesis, trauma cráneo encefálico, latigazo, punciones, barotrauma, dengue, malaria, envenenamiento, intoxicación aguda, chikunguña, estrés postraumático o secuela de las anteriores), debe adjuntarse diligenciado el "Formato de investigación de origen de la incapacidad", que hace parte integral del presente manual.	X	X	X	N/A	NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Cuando la incapacidad sea expedida por un accidente de tránsito, se deberá adjuntar a la misma el reporte del accidente de tránsito.	X	X	X	N/A	NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Más los soportes específicos que llegue a requerir, en su momento, la EPS en la cual se encuentra afiliado el servidor.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Para los afiliados de la **Nueva EPS**, el trámite de transcripción de las incapacidades de origen general expedidas por redes no adscritas a la EPS, deberá efectuarse desde el celular Android o iPhone descargando la aplicación NUEVA EPS MÓVIL o a través de la página web https://app.nuevaeps.com.co/#/.	N/A	X	X	N/A	NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Para los afiliados a **Sura EPS**, el trámite de transcripción de las incapacidades de origen general expedidas por redes no adscritas a la EPS, deberá efectuarse, a través de la página web https://portaleps.epssura.com/ServiciosUnClick/#/solicitudes/transcribirincapacidad , en consecuencia a que dicha EPS exige la historia clínica, OBLIGATORIA junto con la incapacidad ORIGINAL.	N/A	X	X	N/A	NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A: No aplica X: documento y/o soporte a aportar.											