

CERTIFICADO DE AISLAMIENTO POR COVID 19

COMPENSAR EPS CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) **Daniel Felipe Martinez**, identificado (a) con número de documento **1018469844**, requiere aislamiento preventivo de **Catorce (14)** días calendario, contados a partir de la fecha (DD-MM-AA) **30-04-21**, por presentar síntomas y/o confirmación de COVID-19 o por contacto estrecho con paciente confirmado por COVID 19.

La presente certificación no es válida como incapacidad médica y es responsabilidad del empleador implementar las acciones definidas en la Circular 021 / 2020 del Ministerio del Trabajo y demás disposiciones aplicables.

Se deja constancia que el presente documento es descargado virtualmente por el interesado, quien, bajo gravedad de juramento y buena fe, manifiesta requerir aislamiento preventivo por Covid 19, según los protocolos que han sido definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Fecha Expedición: **03-05-2021**

Edgar Aldana
EDGARD A. ALDANA M.
Enfermero Jefe UAN
RUN 38598

GESTIÓN SALUD – COMPENSAR

