SOLICITUD DE INCAPACIDAD Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD

No. 51953945 0701

Comfamiliar RISARALDA

Original

1. INFORMACION DEL COTIZANTE **Fecha de Expedición** 2022/06/08 **Ciudad** PEREIRA

Documento: CC 1088251124	**Nombres y Apellidos:** CATERINE GONZALEZ OROZCO	**Entidad:** EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

2. INFORMACIÓN SOBRE LA INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 2022/06/07	**Fecha de Terminación:** 2022/06/16	**Duración:** 10 (diez) Días
Prórroga: NO	**Diagnostico:** K359	**Descripción:** APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
Tipo Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL		**Clase Atención:** HOSPITALARIA QUIRURGICA

3.INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del Médico: VALDES CORREA DUDLEY YAMID	**Documento:** NI14899429	**Reg. médico:** 1627-01
Certifico que la información Registrada es verídica y libre de ser confirmada	Al Firmar como cotizante acepto las condiciones impuestas para mi recuperación	
Firma del Médico Tratante	**Firma del Cotizante**	

NOTA:

1. Documento no válido para descuento en plantillas de autoliquidación de aportes, favor acercarce a la EPS para su liquidación.

2. La Solicitud de licencia de maternidad requiere el certificado de nacido vivo, favor solicitarlo a su médico y adjuntarlo para su respectivo tramite

Línea de Atención al Usuario
Línea Gratuita N

Escaneado con CamScanner