

E.P.S. FAMISANAR LTDA

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD

EMISION DE INCAPACIDAD

g. 1 de 1

Estado Negada

Clínica 0036 BARRANQUIL **Nro Incapacidad** 0005340303 **No. de Solicitud**

Cotizante C 13275169 KEVIN ABRYAN PAEZ VIASUS **Tipo Trabajador** Dependiente

Edad 33

Fecha Recepción 12/04/2017 **Fecha de Expedición** 11/04/2017

Empleador 832004104 MAXICASSA S.A.S

S 5301 ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE - F.

Medico

Fecha Inicio 10/04/2017 **Días de Incapacidad** 12 **Fecha Terminación** 21/04/2017

Exámenes No **Traslape** No **Hospitalización** No

Diagnóstico O821

Contingencia LICENCIA DE PATERNIDAD **37 Semanas de Gestación**

Base Incapacidad LICENCIA PATERNIDAD

Causa Incapacidad NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Causa de Negación

No cumple con las semanas mínimas de cotización para licencia de paternidad. Ley 755 de 2002. Sentencia C 663 de 2009.

Nombre de quien autoriza o transcribe la incapacidad

Firma y sello de quien expide o transcribe la incapacidad

Señor afiliado: Al acumular los primeros 90 días de incapacidad, solicite su cita en Medicina Laboral para otorgarle el concepto de rehabilitación, Cra 15 No 50 - 39 local 13 o llamando al teléfono 6054802 Ext. 125 ó 135 o al correo electrónico, saludocupacionaleps@famisanar.com.co.

EMPLEADOR E.P.S.