

18/3/2022

000671057247762004

SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES **FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIOS POR LICENCIA PRE Y POST NATAL**

☐ Licencia Pre-Natal ☐ Licencia Post-Natal

1. IDENTIFICACION TRABAJADORA AFILIADANúmero de Cédula: **00116417387**NSS: **6710572**Nombres y Apellidos: **Luz Mariel Perez Duran****2. IDENTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE Y LA PSS**

Número de Cédula(*):

Número de Exequatur:

Nombre del Médico:

Dirección Consultorio(*):

Teléfono Consultorio(*):

Celular:

Email:

Nombre de la PSS(*):

Dirección de la PSS(*):

Teléfono de la PSS(*):

Número de Fax:

Email:

3. DETALLE DE LA LICENCIA

Diagnóstico Principal:

Fecha de inicio de Licencia(*):

Fecha de Diagnóstico:

Tiempo de Licencia:

4. DETALLE DEL(LOS) NACIMIENTO(S)*(Requerido si es Licencia Post Natal)*

Fecha de inicio de Licencia(*):

Fecha de Nacimiento:

| Sexo | NUI | NSS | Nombre(s) | Apellidos |
|----------------------------|-----|-----|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> F | | | Siara Mariel | Polanco Pérez |
| <input type="checkbox"/> M | | | | |
| <input type="checkbox"/> F | | | | |
| <input type="checkbox"/> M | | | | |
| <input type="checkbox"/> F | | | | |
| <input type="checkbox"/> M | | | | |
| <input type="checkbox"/> F | | | | |
| <input type="checkbox"/> M | | | | |
| <input type="checkbox"/> F | | | | |
| <input type="checkbox"/> M | | | | |

Firma y Sello del Médico Tratante(*)

(*)Nota: Los campos marcados con asterisco son obligatorios

CEGOHDELPCGLNOCCEK

Al presentar esta solicitud debidamente completada, firmada y sellada, tanto el empleador como el trabajador(a), declaran, bajo la fe del juramento, que las informaciones suministradas son veraces y que se ha dado fiel cumplimiento