EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD

Estado

Oficina 0001 PRINCIPAL **Nro Incapacidad 0007141493** **No. de Solicitud**

Cotizante C 52444880 CAROLINA CORDOBA PUENTES **Tipo Trabajador** Independiente

Fecha Recepción 03/09/2019 **Fecha de Expedición** 26/08/2019 **Fecha de Radicación** 03/09/2019

Empleador 52444880 CAROLINA CORDOBA PUENTES

IPS 1 CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Médico MARIEN DISSLET MERCADO MOQUI

Fecha Inicio 31/08/2019 **Dias de Incapacidad** 126 **Fecha Terminación** 03/01/2020

Prórroga No **Traslape** No **Hospitalización** No

Diagnóstico O800

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

Causal de Negación

Información Autorización

No. Aut	Salario Base	Días Pagados	Valor Subsidio	Vr ajuste sentencia	Valor autorizado
1771516	$828,116	126	$3,478,104		$3,773,743

Valores sujetos a verificación, quedarán en firme transcurridos 15 días hábiles a partir de esta radicación.

DIANA PATRICIA BEJARANO OVALLE

Señor afiliado: Al cumplir los primeros 90 días de incapacidad continua, deberá remitir su historia clínica al correo famisanareps@renconsultores.com.co, para la emisión del concepto de rehabilitación.

EMPLEADOR **E.P.S.**