COMPROBANTE DE RADICACIÓN INCAPACIDADES O LICENCIAS

821-1474334

I. DATOS DE LA OFICINA						
FECHA DE RADICACIÓN	**AÑO** 2026	**MES** 07	**DÍA** 23	**NOMBRE DE LA OFICINA** Radicación Web	**CÓDIGO OFICINA:** 821	**CIUDAD:** 11001

II. DATOS DEL AFILIADO		
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN CC 1000258070	**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE** Paula Juliana Alvarez Salinas	**NIT Y NOMBRE DEL EMPLEADOR** 900185357 DIARQCO CONSTRUCTORES SAS

III. DATOS DE LA INCAPACIDAD							
FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD	**AÑO** 2026	**MES** 07	**DÍA** 23	**TIPO DE ATENCIÓN** Ambulatoria		**DÍAS SOLICITADOS:** 3	
TIPO DE RADICACIÓN Incapacidad				**FECHA DE RESPUESTA**	**AÑO** 2026	**MES** 08	**DÍA** 14

FIRMA



La EPS no conserva soportes físicos de las incapacidades o licencias, los mismos son devueltos en el momento de la radicación.
Tener en cuenta que Aliansalud EPS puede solicitar nuevamente los documentos radicados o documentación adicional requerida dentro del proceso de validación.