

FORMULARIO PARA REFRENDO DE INCAPACIDAD TEMPORAL LABORAL

1. Datos de Derechohabiente										
Nombre completo:*										
Número de Tarjeta de Identidad:*										
Número telefónico fijo:*		Número celular:								
Correo electrónico:										
Nombre del patrono:*										
2. Datos de Gestor Oficioso/Apoderado Legal										
Nombres:*										
Número de tarjeta de identidad:*										
Número telefónico fijo:*		Número celular:								
Correo electrónico										
3. Datos de Certificado/Constancia de Incapacidad										
Número de certificado:*										
Continuidad (marcar con X)*	Primera incapacidad	<input type="checkbox"/>	Primera prórroga	<input type="checkbox"/>	Prórrogas posteriores	<input type="checkbox"/>				
Extendida en:*	Ciudad:				Departamento					
Fecha expedición:*	Día	dd	Mes	mm	Año	aaaa				
Nombre del Médico:*										
Especialidad del Médico:										
Nombre clínica/hospital:*							Público	<input type="checkbox"/>	Privado	<input type="checkbox"/>
Fecha inicio incapacidad:*	Día	dd	Mes	mm	Año	aaaa	Días de incapacidad	<input type="checkbox"/>		
Fecha finalización incapacidad*	Día	dd	Mes	mm	Año	aaaa				
*Información requeridos de forma obligatoria para poder recibir su petición en ventanilla										
4. Documentos de soporte (marcar con X los documentos acompañados)										
Documentos originales o fotocopias autenticadas										
En caso de ser extendidos en el extranjero deben ser traducidas y legalizadas										
<input type="checkbox"/>	Certificación Médica con firma y sello (autorizado por Colegio Médico) del médico tratante*									
<input type="checkbox"/>	Constancia Médica con firmas y sellos (autorizado por Colegio Médico) de médico tratante, Jefe del Departamento y Director del Hospital Público*									
<input type="checkbox"/>	Certificado de Nacimiento de menor en caso de Incapacidad Post Natal*									
<input type="checkbox"/>	Carta Poder Autenticada/Poder General (en caso de ser presentada por apoderado legal)*									
Fotocopias										
<input type="checkbox"/>	Certificado(s) anterior(es) en caso de prórroga(s).*									
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad Derechohabiente.*									
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad de gestor(a) oficioso(a).*									
*Documentos requeridos de forma obligatoria para poder recibir su petición en ventanilla										
Declaro que toda la información consignada en mí solicitud es fidedigna y me comprometo a atender el requerimiento del personal administrativo y médico evaluador, caso contrario deparará en lo que hubiere lugar a derecho de acuerdo en lo dispuesto en el Artículo 8 del Reglamento para la Extensión de Certificado de Incapacidad Temporal Laboral, párrafo 2: ... "Antes de ratificar o refrendar una incapacidad, el médico evaluador que conozca del caso hará el análisis y evaluación de la certificación extendida por el médico privado, tomando en consideración el diagnóstico y período del reposo recomendado. Asimismo, cuando fuere procedente, examinará al o la paciente o solicitará opinión a un especialista cuando lo estime pertinente, el certificado de incapacidad bastará que sea firmado y sellado por el médico evaluador para su validez".										

Firma Peticionario(a)/Gestor(a) Oficioso(a)

Todo derechohabiente debe comparecer ante la Secretaría General dentro de cinco (5) días hábiles para recibir información sobre el estado de su solicitud