



**COSMITET LTDA.**  
Corporación de Servicios Médicos Internacionales INIEM & Cia.

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No.

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
				INGRESO	DIA	MES	AÑO
<b>I ENTIDAD COTIZANTE</b>							
MAGISTERIO: <input type="checkbox"/> VALLE <input type="checkbox"/> CAUCA <input type="checkbox"/> CAJANAL <input type="checkbox"/> CAPRECOM <input type="checkbox"/>							
S.O.S <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/>							
<b>II DATOS DEL COTIZANTE</b>							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		EDAD		SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
No.							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
SECTOR: PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>							
<b>III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD</b> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>							
CODIGO:				NOMBRE DE LA PATOLOGIA:			
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
<b>IV CONTINGENCIA</b>							
ENF. GENERAL <input type="checkbox"/>		ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>			
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		LICENCIA <input type="checkbox"/>		EDAD GESTACIONAL:		<input type="checkbox"/>	
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
FIRMA DEL USUARIO			CEDULA		FECHA		