|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** |       |
| **SEGURO SOCIAL:**  |       | **REEMBOLSO DE APORTACIONES:** |       |
| **RECOMENDACIONES:** | [ ]  Incapacidad Total y Permanente |
| [ ]  Enfermedad Terminal |
| [ ]  No Cumple con los Requisitos de la Ley 447 |
| [ ]  Se recomienda Tutor. |
| **OBSERVACIONES:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Página 1 de \_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| **LICENCIA** |  | **NOMBRE DEL CONSULTOR MÉDICO** |
|  |  |  |
| **FECHA (día/mes/año)** |  | **FIRMA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** |       | **SEGURO SOCIAL:**  |       |
| **OBSERVACIONES (Continuación):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ |
|       |  |       |
| **LICENCIA** |  | **NOMBRE DEL CONSULTOR MÉDICO** |
|  |  |  |
| **FECHA (día/mes/año)** |  | **FIRMA** |