

IMPORTANCIA DEL SELLO DE VIGENCIA DE DERECHOS

D.D.E.



Art. 15º

inciso g) El visado del Certificado de Incapacidad Temporal por Vigencia de Derechos, debe realizarse el mismo día de la extensión del Certificado de Incapacidad Temporal...



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

D.D.E.



CAJA NACIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO DE AFILIACION		POLICLINICO MIRAFLORES COORDINADOR 2º TURNO	Form. AVC - 09
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL			
(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado
BALDIVIESO	SANCHEZ	GUSTAVO ANTONIO	94-1105 BSG
(5) NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR			(6) Número Empleador
POLICIA BOLIVIANA			01-911-0004
(7) Riesgo Profesional <input checked="" type="checkbox"/>		Enfermedad <input type="checkbox"/>	Maternidad <input type="checkbox"/>
INCAPACIDAD		DESDE 30 / 12 / 17	
		HASTA 01 / 01 / 18	
DIAS DE INCAPACIDAD <i>pendiente (3)</i>			
FIRMA DEL MEDICO <i>Dra. Jana Elisa Alonzo</i>		30-12-17	
MEDICO CIEGUANZO Lugar y Fecha			
UNIDAD SANIT. <i>Pol. Minera Potosí</i>		CLAVE E-358	
(10) <i>J. Beltrame</i>		(9) 30-12-17 Lugar y fecha	(11) <i>PERSONA EN LA PAZ</i> Sello y Firma Empresa
Firma del Asegurado			

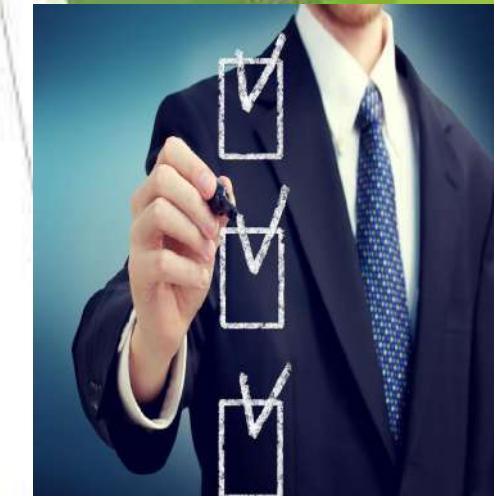
REQUISITOS DE PRESENTACIÓN AVC-09

BAJA PRENATAL

D.D.E.



- ▶ AVC-09 ORIGINAL Y COPIA
- ▶ 8 FOTOCOPIAS AVC-09 BAJA PRENATAL
- ▶ 3 FOTOCOPIAS CARNET DE IDENTIDAD
- ▶ 3 FOTOCOPIAS AVC-04
- ▶ NOTA: Todos los documentos deben estar cortados del mismo tamaño del AVC-09



PRESENTACION DE DOCUMENTACION BAJAS PRENATAL

D.D.E.

BAJA PRENATAL

AVC-04 RAZON SOCIAL PERTENECIENTE AL DISTRITO DE PUERTO VILLARROEL



CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CAMPOS (1)(2)(3)(4)(5)(6) DATOS SEMEJANTES AL AVC-04		SELLO DEL DIRECTOR O RESPONSABLE EN CIMFAS Y CIS																													
<p style="text-align: center;">CAJA NACIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO DE ASESORÍA</p> <p style="text-align: center;">CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL COORDINADOR 2 SUELDO</p> <p style="text-align: right;">Form. AVC - 09</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>(1) AP. PATERNO</td> <td>(2) AP. MATERNO</td> <td>(3) NOMBRE</td> <td>(4) Número Assegurado</td> </tr> <tr> <td>BALDIVIESO</td> <td>SANCHEZ</td> <td>JUAN ANTONIO</td> <td>74-1105 856</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(5) NOMBRE DRAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR</td> <td colspan="2">(6) Número Empleador</td> </tr> <tr> <td colspan="2">POLICIA BOLIVIANA</td> <td colspan="2">01-211-0004 4560814LP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> (7) Riesgo Profesional INCAPACIDAD </td> <td colspan="2"> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> DESDE 30-12-17 HASTA 01-01-18 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> DIAS DE INCAPACIDAD 13 FIRMA DEL MEDICO UNIDAD SANITARIA </td> <td colspan="2"> Salario <input type="checkbox"/> Reporto Sobre el Bono <input type="checkbox"/> VIGENCIA 30-12-17 CLAVE E-398 BOLETA PERIODICIDAD VALIDACION 30-12-17 ESTADO EN SERVICIO CONTRATO PERMANENTE CONVENIO CNS ESTADO EN SERVICIO CONTRATO PERMANENTE CONVENIO CNS </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> FIRMA DEL ASSEGURADO 30-12-17 </td> <td colspan="2"> Lugar y fecha 30-12-17 30-12-17 30-12-17 </td> </tr> </table>				(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Assegurado	BALDIVIESO	SANCHEZ	JUAN ANTONIO	74-1105 856	(5) NOMBRE DRAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR		(6) Número Empleador		POLICIA BOLIVIANA		01-211-0004 4560814LP		(7) Riesgo Profesional INCAPACIDAD		Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> DESDE 30-12-17 HASTA 01-01-18		DIAS DE INCAPACIDAD 13 FIRMA DEL MEDICO UNIDAD SANITARIA		Salario <input type="checkbox"/> Reporto Sobre el Bono <input type="checkbox"/> VIGENCIA 30-12-17 CLAVE E-398 BOLETA PERIODICIDAD VALIDACION 30-12-17 ESTADO EN SERVICIO CONTRATO PERMANENTE CONVENIO CNS ESTADO EN SERVICIO CONTRATO PERMANENTE CONVENIO CNS		FIRMA DEL ASSEGURADO 30-12-17		Lugar y fecha 30-12-17 30-12-17 30-12-17	
(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Assegurado																												
BALDIVIESO	SANCHEZ	JUAN ANTONIO	74-1105 856																												
(5) NOMBRE DRAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR		(6) Número Empleador																													
POLICIA BOLIVIANA		01-211-0004 4560814LP																													
(7) Riesgo Profesional INCAPACIDAD		Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> DESDE 30-12-17 HASTA 01-01-18																													
DIAS DE INCAPACIDAD 13 FIRMA DEL MEDICO UNIDAD SANITARIA		Salario <input type="checkbox"/> Reporto Sobre el Bono <input type="checkbox"/> VIGENCIA 30-12-17 CLAVE E-398 BOLETA PERIODICIDAD VALIDACION 30-12-17 ESTADO EN SERVICIO CONTRATO PERMANENTE CONVENIO CNS ESTADO EN SERVICIO CONTRATO PERMANENTE CONVENIO CNS																													
FIRMA DEL ASSEGURADO 30-12-17		Lugar y fecha 30-12-17 30-12-17 30-12-17																													
CAMPO (7) TIPO DE RIESGO	CAMPO (7) LUGAR Y FECHA EMISIÓN																														
FECHA INICIO Y ALTA BAJA	CAMPO (8) VISADO VIGENCIA DE DERECHOS CON FECHA, SELLO PERSONAL Y FIRMA ENCARGADO																														
DÍAS DE INCAPACIDAD EN LITERAL																															
SELLO Y FIRMA MÉDICO																															
CAMPO (10) FIRMA ASEGUARDO																															
CAMPOS (9) LUGAR Y FECHA LLENADO POR EL EMPLEADOR		CAMPO (11) SELLO Y FIRMA DEL EMPLEADOR																													

FOTOCOPIA CARNET DE IDENTIDAD VIGENTE



anverso



reverso

REQUISITOS DE PRESENTACIÓN AVC-09

BAJA POSTNATAL

D.D.E.



PUERTO VILLARROEL

- ▶ AVC-09 ORIGINAL Y COPIA
- ▶ 8 FOTOCOPIAS AVC-09 BAJA POSTNATAL
- ▶ 3 FOTOCOPIAS CARNET DE IDENTIDAD
- ▶ 3 FOTOCOPIAS AVC-04
- ▶ ORIGINAL Y 3 FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO MEDICO POR DIFERIMIENTO DE DIAS
- ▶ NOTA: Todos los documentos deben estar cortados del mismo tamaño del AVC-09



PRESENTACION DE DOCUMENTACION BAJAS POSTNATAL

D.D.E.



BAJA POSTNATAL

CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

AVC-04 RAZON SOCIAL PERTENECIENTE AL DISTRITO DE PUERTO VILLARROEL

FOTOCOPIA CARNET DE IDENTIDAD VIGENTE



anverso

reverso