

**ANEXO N° 10**

**FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO POR CONTINGENCIA COMÚN**

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

FECHA

NIT

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Documento de Identidad

Género

Edad

DNI

C.Extranjería

N°

M

F

Trabajo Habitual (especificar ocupación)

Empleador







**II. CONTINGENCIA**

**Enfermedad Común**

**Accidente Común**

Accidente Común

Accidente de Tránsito

Accidente de Trabajo sin SCTR

**III. PERÍODO A VALIDAR**

Del

Al

Total de días

**IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- 1 Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.
- 2 **En caso que el asegurado no este afiliado a una EPS o seguros medicos particulares:**  
Copia de Recibo por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención medica recibida
- 3 **En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros medicos particulares:**  
Adjuntar copia de cualquier documento que sustente la atención recibida (Ejm: Orden de Atención en Farmacia o Reporte de Consumos por Afiliado o Pre - Liquidación Ambulatoria o Liquidación de Gastos o Carta de Garantía o Copia de la Historia Clínica)
- 4 **En caso de la Primera validación del año:**  
Adjuntar copia de los certificados medicos de los 20 primeros días
- 5 Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención
- 6 Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, si fuera el caso
- 7 Copia de los resultados de diagnóstico por imágenes, si fuera el caso
- 8 Copia del Informe Médico (que incluya resumen de la historia clínica, resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, tratamiento, diagnósticos y pronóstico) cuando la incapacidad supere los 20 días o cuando las evidencias presentadas no sustenten el impedimento
- 9 Copia del Reporte Operatorio en el caso de intervenciones quirúrgicas
- 10 Copia de la Epicrisis en el caso de Hospitalizaciones

**V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE**

Apellidos y Nombres

Documento de Identidad

DNI

C.Extranjería



Dirección

Teléfonos

Correo electrónico

Total de folios

FIRMA