|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Día:** | **Mes:** | **Año:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | |
| **Nombre del Funcionario:**  **Cargo:** Dependencia: **Incapacidad desde el** día    delmes    Año      **Hasta el** día    del mes    Año | |
| **Prórroga Si**  **No** | Total de días acumulados: |

|  |
| --- |
| Se anexa incapacidad de EPS: |
| Código CIE: |

Firma Profesional Especializado

División de Gestión del Talento Humano

**NOTA:** La incapacidad por enfermedad general se debe reportar en este formato con la siguiente información: nombre y apellido, fecha, dependencia, fecha de inicio de la incapacidad y fecha de la terminación, prórroga de la incapacidad, total de días de incapacidad, nombre de la EPS que autoriza la incapacidad y firma del jefe de Gestión del Talento Humano.Este formato lo diligencia exclusivamente la División de Gestión de Talento Humano a partir del recibo inmediato del certificado original de incapacidad refrendado por la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador. Copia de dicho certificado debe entregarse al jefe inmediato.