Sinec
Seguro Integral de Salud
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL

FORMULARIO EXTERNO Nro. 1 EMERGENCIA CLINICA FORM EXT-EMG 001

LISTA DEL PERSONAL CON CONSTANCIA POSITIVA DEL CORONAVIRUS (COVID-19)

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	Nro. CELULAR	DIRECCIÓN DONDE HARÁ LA CUARENTENA

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE AREA DE RECURSOS HUMANOS

NOTA: Se deberá llenar los datos correctos para el seguimiento por el SINEC., en caso dar falsos datos se comunicara a las instancias correspondientes para un proceso de seguimiento.