

	<b>FORMULARIO</b>	<b>Código: FO-SC-001</b>
	<b>Solicitud de Reinvestigación</b>	<b>Versión: 00</b>
		<b>Página      de</b>

<b>Fecha de la Solicitud:</b>			
<b>No. Expediente:</b>			
<p>De conformidad con el art.188 de la ley No. 87-01; que reza lo siguiente: <i>“Cuando el trabajador no esté conforme con la calificación que del accidente o enfermedad haga el facultativo asignado, tendrá derecho a interponer un recurso de inconformidad de acuerdo a la presente ley y sus normas complementarias”.</i></p>			
<b>Nombre completo del Afiliado / Beneficiario:</b>			
<b>Cédula No.:</b>		<b>Teléfono(s):</b>	
		<b>Correo electrónico</b>	
<b>Nombre o razón Social de la Empresa en que labora:</b>			
<b>Motivos de la Inconformidad</b>			
<p><i>Habiendo sido notificado, en fecha _____ de _____ del 200____-, mediante la presente solicito a Administradora de Riesgos Laborales, Salud Segura ARLSS, la revisión del caso de referencia, en instancia de apelación, por no estar conforme con la calificación emitida.</i></p>			
<b>Firma del Solicitante y/o Representante Legal</b>		<b>Representante de la ARLSS</b>	
<p>En caso de que esta solicitud sea realizada por un representante legal, deberá depositar poder legal de representación debidamente legalizado.</p>			