

**PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL****EXCUSA MÉDICA****Código:** FO-BIN-06**Versión:** 02**Fecha de aprobación:** 28/04/2021**Página:** 1 de 1

Ciudad y fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Programa académico: _____

Documento de identidad: _____

Código estudiantil: _____

Nº Dias _____ del _____ de _____ Al _____ de _____ de 20 _____

Firma del Médico - Registro No.**PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL****EXCUSA MÉDICA****Código:** FO-BIN-06**Versión:** 02**Fecha de aprobación:** 28/04/2021**Página:** 1 de 1

Ciudad y fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Programa académico: _____

Documento de identidad: _____

Código estudiantil: _____

Nº Dias _____ del _____ de _____ Al _____ de _____ de 20 _____

Firma del Médico - Registro No.**PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL****EXCUSA MÉDICA****Código:** FO-BIN-06**Versión:** 02**Fecha de aprobación:** 28/04/2021**Página:** 1 de 1

Ciudad y fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Programa académico: _____

Documento de identidad: _____

Código estudiantil: _____

Nº Dias _____ del _____ de _____ Al _____ de _____ de 20 _____

Firma del Médico - Registro No.

