

**ANEXO N° 09**

FORMULARIO 8004

INFORME MÉDICO DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD  
Ley N° 26790

AUDITORIA

Fecha / /

Comisión

Fecha de Informe  
/ /

Informe

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Documento Nacional de Identidad

Código Autogenerado

Sexo

RUC

Empleador

Trabajo Habitual

La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades, de acuerdo a las facultades conferidas con Resolución N° y visto(s) el(los) Informe(s) Médico(s) adjunto a folio(s) por unanimidad, resuelve calificar la:

DIAGNÓSTICO CIE - 10:

1°  
2°

3°  
4°

Naturaleza de la Incapacidad:

VALIDO SOLO PARA EL PAGO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO  
INFORME MÉDICO NO VÁLIDO PARA FINES PENSIONARIOS, LABORALES NI LEGALES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_