NOTIFICACION DE LICENCIA DE MATERNIDAD ANGIE KATHERINE MERCHAN MOLINA

Jorge Wilson Juagibioy Otero <lidergestionriesgoindividual@subredsuroccidente.gov.co>

Mar 02/05/2023 9:52

Para: Alejandra Guarnizo <ops@subredsuroccidente.gov.co>

CC: Bibiana Yulieth Avila Bohorquez <directorgestionriesgo@subredsuroccidente.gov.co>;Rocio Tobar <apoyofinancierogestionriesgo@subredsuroccidente.gov.co>

1 archivos adjuntos (237 KB)

ANGIE KATHERINE MERCHAN MOLINA.pdf;

Buenos días

Cordial saludo, por medio del presente me permito la licencia de maternidad de la colaboradora ANGIE KATHERINE MERCHAN MOLINA identificada con numero de C.C 1121895355, numero de contrato 3-2023, inicio el día 25/04/2023 y termina el día 29/08/2023. Por lo anterior agradezco por favor realizar suspensión del contrato en mención.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Jorge Willson Juagibioy Otero
Líder Gestión del Riesgo Individual
Dirección De Gestión Del Riesgo en Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 312 4476176

Clínica Magdalena

MÉDICA MAGDALENA S.A.S
NIT. 860.502.092-2
CÓDIGO DE HABILITACIÓN: 110010303101
CALLE 39 No. 14-34
TELEFONO 2853900

CERTIFICADO DE LICENCIA DE MATERNIDAD

GIN 08 VERSION 004

FECHA DE ATENCIÓN: 25/04/2023

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI: CC X CE: PA: CD: SC: PE: PT: **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** 1121895355

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AFILIADO: ANGIE KATHERINE MERCHAN MOLINA

E.P.S COMPENSAR

DATOS DE LA LICENCIA DE MATERNIDAD

FECHA DE PARTO 25/04/2023 **NUMERO DE NACIDOS VIVOS** UNO (1) **SEMANA DE GESTACIÓN** 39 SEMANAS

NUMERO DE CERTIFICADO DE NACIDOS VIVOS 23042710439628

DIAGNÓSTICOS CIE10: **1. PRINCIPAL:** PARTO POR CESAREA

NACIDO: VIVO X MUERTO ____ **CESAREA** X **PARTO NORMAL** ____

SEXO: FEMENINO X MASCULINO ____ **EMBARAZO MULTIPLE** SI NO X

DIAS OTORGADOS : 126 CIENTO VENTI SEIS DIAS

FECHA DE INICIO: 25/04/2023 **FECHA DE FINALIZACIÓN:** 29/08/2023

DATOS DEL MÉDICO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL: CATALINA IGESIAS NIETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC **No.DE IDENTIFICACIÓ** 1019013870

ESPECIALIDAD: HOSPITALARIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NUMERO DE REGISTRO MÉDICO: 1019013870

FIRMA :

Dra. Catalina Iglesias N.
Medicina General
R.M. 1019013870
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Powered by CamScanner