INCAPACIDAD MÉDICA

Cra. 48 # 14 – 49
Tel: (604) 444 4364
Medellín
REPS. 0500100302-01

Hospital San Vicente - Fundación
Piso -2 Llanogrande
Tel: (604) 408 4575
Rionegro
REPS. 0500100302-02

Calle 5 # 50-103
CC. Cosmocentro Local 401
Tel: (602) 653 0404
Cali
REPS. 7600107293-01

Carrera 1ª # 48 -88
Tel: (605) 693 1367
Cartagena
REPS. 1300103080-01

Carrera 74 # 76 – 05
Tel: (605) 309 1826
Barranquilla
REPS. 0800104544-01

Carrera 12 # 24-50
Tel: (606) 731 4030
Armenia
REPS. 6300101623-01

Carrera 27 A # 66 - 30
CC. Sancancio Nivel 1
Tel: (606) 887 9910
Manizales
REPS. 1700102566-01

Avenida 30 de Agosto # 87 – 362
Tel: (606) 313 5910
Pereira
REPS. 6600102477-01

Carrera 1 # 5 - 30
Variante Cota – Chía
Tel: (601) 307 7364
Chía
REPS. 2517502634-01

Av. Calle 100 # 19 A 30 Piso 8 Ed.
Ecotower
Carrera 68 D # 18 – 30
Tel: (601) 307 7364
Bogotá
REPS. 1100119231-01

N. de Servicio	10032024111123825|6164351	Fecha	12/11/2024	Hora	11:06	NIT: 811.007.601-0

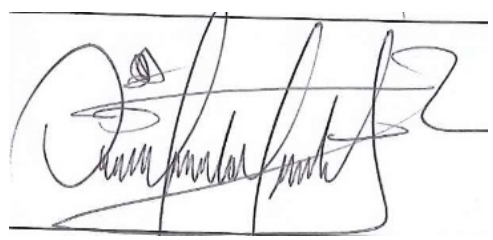
DATOS DE USUARIO

Nombre completo:	SALINAS SUAREZ LINA	**Identificación:**	CC - 1019605453	**Edad:**	27 Años
Convenio:		**EPS:**	Compensar P.C		

INCAPACIDAD MÉDICA

CIE- 10 Principal	A083	**CIE- 10 Relacionado**	A084								
Causa motivo de atención:	**A. Trabajo**		**A. Tránsito**		**Sospecha Maltrato físico**		**Sospecha Abuso sexual**		**E. General**	X	**Otros**	
Duración en números	2	**Duración en letras**	DOS DÍAS								
Fecha de inicio:	12	11	2024	**Fecha de fin:**	13	11	2024				
Prórroga:	**Sí**		**No**	X							
Incapacidad retroactiva:	NO										
Grupo de servicios:	**Consulta externa**	X	**Atención inmediata**								
Modalidad prestación de servicios:	**Extramural domiciliaria**		**Telemedicina interactiva**	X							

Nombre del médico:	HOLGUIN ROJAS DIANA MARCELA
Documento de identidad:	1022329345
Registro médico:	1022329345



Firma

INCAPACIDAD SUJETA A VALIDACIÓN POR SU ASEGURADORA

VIGILADO Supersalud