

Fecha Impresión 19/04/2024



**INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA**

**Entidad:** COMPENSAR EPS  
**Lugar:** BOGOTA

**Prestador:** ANDRADE CASTRO HERMANN  
**NIT prestador:** 19364575 **REPS:** 19364575

**Paciente:** ANDREA CAROLINA MATERON RUIZ  
**Edad:** 43 Años

**Sexo:** Femenino

**Tipo Identificación:** CC

**Identificación:** 52715782

**Grupo Servicios:** Consulta externa  
**Origen Prestación:** Común  
**Modalidad Atención:** Ambulatorio  
**Fecha Expedición:** 18/04/2024  
**Días Incapacidad:** 30

**Servicio de prestación:** Telemedicina no interactiva

**Incapacidad Retroactiva:**

**Causa:**

**Tipo Incapacidad:** Inicial

**Prórroga:** No

**Causa Incapacidad:** Enfermedad General

**Hora:**

00:00:00

**Inicio Incapacidad:**

18/04/2024

**Fin Incapacidad:**

17/05/2024

**Nit Empleador:** 52715782

**Número Incapacidad:** 13192460

**Número Interno:** 4593769

**Diagnóstico Principal**

S878

**Diagnósticos Relacionados**

**Observaciones**

**Firma:** ANDRADE CASTRO HERMANN  
CC 19364575

**Registro Médico:** 19364575

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL  
**Sede:** RED INSCRITOS