Vigilado Supersalud

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Consecutivo:	0003245393				
Nombre del Paciente	YERALDIN BLANCO SUAREZ	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadania	**Número de documento**	1010214509
Fecha de nacimiento	19/04/1994	**Edad atención**	31 años 3 meses	**Sexo**	Femenino
Episodio	91167758	**Asegurador**	FAM COLSUBSIDIO QU	**Categoría**	A
Tipo de vinculación	RCT: Cotizante	**Lugar de atención**	CM QUIROGA		
Fecha de impresión:	23/07/2025				

Incapacidad Médica

Hra Ingreso a Consulta: 14:17 **Fecha Ingreso a Consulta:** 23/07/2025 **Clse incapacidad:** Enfermedad General

Modalidad de atención: Urgencias **Tipo incapacidad:** Inicial

Fecha de Egreso: 23/07/2025 **Procedimiento Estético:** NO

Días de Incapacidad: 1 UN **Fecha Inicio Incapacidad:** 23/07/2025 **Fecha Fin Incapacidad:** 23/07/2025

Diagnóstico Principal: R51X

Observaciones:

Diana C. Benavides P.
Médico General
R.M. 1022.999.265
F.U.J.N.C

FLEXI TEMPORAL SAS
NIT 901.043.285
28 JUL 2025
RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

Firma del prestador:

Responsable: BENAVIDEZ, DIANA **Número de identificación:** 1022999265 **Especialidad:** MEDICINA GENERAL

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

Vigilado Supersalud

TIPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
FORMATO	TALENTO HUMANO	
NOMBRE	Código	Versión
SOLICITUD DE PERMISO Y/O LICENCIAS	F24 TH	01

DATOS DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD: 16 (Día) 08 (Mes) 2025 (Año)

NOMBRES Y APELLIDOS: Esteban Fernando Moreno S.

No. C.C. 1073721446.

CARGO DESEMPEÑADO: Enfermero

CENTRO DE COSTOS: Urgencias

TELÉFONO: 3103045283

MOTIVO DE LA SOLICITUD

SOLICITUD PERMISO (Marque con una X en el recuadro correspondiente)

Cita médica		Sufragante	
Remunerado		Jurado de votación	
Estudio		Dia Familia	
Otro		Cambio de turno	

Si marco la opción (Otro) por favor indique ¿Cuál?

SOLICITUD LICENCIAS (Marque con una X en el recuadro correspondiente)

Licencia no remunerada	
Licencia de maternidad	
Licencia de paternidad	
Licencia por luto	X
Licencia de calamidad domestica	
Otro	

Si marco la opción (Otro) por favor indique ¿Cuál?

INDIQUE EL PERIODO DE AUSENCIA

Si su solicitud hace referencia a ausencia por dias, por favor diligencie los siguientes datos:

Dias solicitados: 7

Del: 16 (Día) 08 (Mes) 2025 (Año) Al: 22 (Día) 08 (Mes) 25 (Año)

Si su solicitud hace referencia a ausencia por horas, por favor diligencie los siguientes datos:
Tiempo solicitado (Horas)

Fecha de salida: (Día) (Mes) (Año)

Hora de entrada:

Hora de Salida:

CAMBIO DE TURNO

Por favor indique con cual compañero cambia el turno y como lo repondra:

Nombre del compañero con quien cambia el turno

C.C.

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Fallecimiento Abuelo Paterno

DESCRIBA LOS SOPORTES QUE JUSTIFICAN LA SOLICITUD (Adjunte dichos soportes)

- Registro civil de defuncion
- cedula Abuelo paterno
- Registro civil de Nacimiento padre
- Cedula de Ciudadania de Abuelo paterno
- Cedula de Ciudadania paternal
- cedula de ciudadania propia

FIRMA DE LAS PARTES

SOLICITANTE	QUIEN AUTORIZA	RECEPCIÓN POR AREA DE TALENTO HUMANO
FIRMA: Esteban. Moreno.	FIRMA:	27 AGO 2025
NOMBRE: Esteban Moreno	NOMBRE:	SELLO - FECHA
CARGO: Enfermero	CARGO:	NO IMPLICA ACEPTACIÓN

	TIPO DE DOCUMENTO	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	TALENTO HUMANO	
	NOMBRE	Código	Versión
	SOLICITUD DE PERMISO Y/O LICENCIAS	F24 TH	01

DATOS DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD: 19 (Día) 08 (Mes) 2025 (Año)

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilied Paola Martin — No. C.C. 1012465182

CARGO DESEMPEÑADO: Analista de Radicacion — CENTRO DE COSTOS:

TELÉFONO: 3122494020

MOTIVO DE LA SOLICITUD

SOLICITUD PERMISO (Marque con una X en el recuadro correspondiente)				SOLICITUD LICENCIAS (Marque con una X en el recuadro correspondiente)	
Cita médica	X	Sufragante		Licencia no remunerada	
Remunerado		Jurado de votación		Licencia de maternidad	
Estudio		Día Familia		Licencia de paternidad	
Otro		Cambio de turno		Licencia por luto	
				Licencia de calamidad domestica	
				Otro	

Si marco la opción (Otro) por favor indique ¿Cuál? _____

Si marco la opción (Otro) por favor indique ¿Cuál? _____

INDIQUE EL PERIODO DE AUSENCIA

Si su solicitud hace referencia a ausencia por días, por favor diligencie los siguientes datos:

Días solicitados: _____

Del: _____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año) Al: _____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año)

Si su solicitud hace referencia a ausencia por horas, por favor diligencie los siguientes datos:

Tiempo solicitado (Horas)

Horas Solicitadas:
De: 8:00 AM Hasta: 11:00 AM

22 (Día) 08 (Mes) 25 (Año)

CAMBIO DE TURNO

Por favor indique con cual compañero cambia el turno y como lo repondra:

Nombre del compañero con quien cambia el turno _____ C.C. _____

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Cita odontologica en Chiquita y Toma de radiografia.
El dia 22 de Agosto a las 8:00 AM.

DESCRIBA LOS SOPORTES QUE JUSTIFICAN LA SOLICITUD (Adjunte dichos soportes)

Agendamiento de cita Medica.

FIRMA DE LAS PARTES

SOLICITANTE		QUIEN AUTORIZA	
FIRMA:	Wilied Paola Martin	FIRMA:	
NOMBRE:	Wilied Paola M	NOMBRE:	
CARGO:	Analista Radicacion	CARGO:	

FLEXITEMPORAL SAS
NIT 901.648.265
RECEPCIÓN POR ÁREA DE TALENTO HUMANO
19 AGO 2025
RECIBIDO
SELLO FECHA
NO IMPLICA ACEPTACIÓN