CLINICA DE ESPECIALISTAS GIRARDOT

Sociedad de Especialistas de Girardot SAS

NI 890601210 RESP: 253070000401

Direccion: Calle 13 No 10-49 Girardot Telefono: (601)7943221

INCAPACIDAD No. 284180

PACIENTE: CORREA PEREZ OSCAR IVAN **IDENTIFICACION:** CC 1072429066
APB: COMPENSAR
CONTRATO: COMPENSAR POS
GENERO: Masculino **EDAD:** 31 Años **HISTORIA CLINICA:** 1072429066
EMPRESA: **MODALIDAD:** Intramural

DIAGNOSTICOS

FECHA	CODIGO	DIAGNOSTICO	ESPECIALIDAD	PROFESIONAL
11/10/25 12:52 p.m.	M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	FERNANDEZ GABRIEL

FECHA GENERACION 11/10/2025 12:59 p.m. **FECHA INICIAL** 11-oct-2025 **FECHA FINAL** 9-nov-2025 **TOTAL DIAS:** 30 (treinta)
MOTIVO: ENFERMEDAD GENERAL
INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA : 30 **DIAS:** (treinta) **PRORROGA** : NO
CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCION ENFERMEDAD GENERAL
FECHA ACCIDENTE ó DX. E.P:

DESCRIPCION

OBSERVACION

NINGUNA EPS, PODRA EXIGIRLE AL EMPLEADOR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA DE SUS TRABAJADORES CON EL FIN DE RECONOCER LA PRESTACION ECONOMICA DERIVADA DE LA INCAPACIDAD, RAZON POR LA QUE A SU VEZ, EL EMPLEADOR TAMPOCO PODRA HACER DICHA EXIGENCIA AL TRABAJADOR, EN EL ENTENDIDO, QUE ADJUNTAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA NO ES REQUISITO PARA EL RECONOCIMIENTO DE DICHAS PRESTACIONES ECONOMICAS. EL ANTERIOR CONCEPTO TIENE LOS EFECTOS DETERMINADOS EN EL ARTICULO 28 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.

MEDICO: FERNANDEZ GABRIEL **IDENTIFICACION:** CC 79783673 **REGISTRO:** 25209/01

Gabriel Hernando Fernández Guevara
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
RM: 25209/01

FIRMA MEDICO **FIRMA PACIENTE**

Usuario que Imprime: FERNANDEZ GUEVARA GABRIEL HERNANDO
Lugar y Fecha de Expediciòn: Girardot 11/10/2025 12:59 p.m.

Fecha Impresion: 11/10/2025

rptIncapacidad.rpt

La Mesa, Cundinamarca, 15 de octubre de 2025

Ingeniera,
Ana María Velandia Fajardo
MESALUD LTDA

Asunto: Renuncia voluntaria

Respetada Ingeniera, Ana María:

Por medio de la presente me permito presentar de manera formal mi renuncia voluntaria al cargo que actualmente desempeño en la unidad operativa Centro Alta Dependencia Gemelas (MESALUD LTDA), la cual tendrá efecto a partir del 23 de octubre de 2025, fecha en la que cumpliré con mi último día laboral.

Esta decisión ha sido meditada y responde a motivos personales. Deseo expresar mi profundo agradecimiento por la oportunidad de crecimiento profesional y personal que me brindó la empresa durante este tiempo, así como por el acompañamiento y apoyo recibido por parte suya y de todo el equipo de trabajo.

Quedo atento para colaborar en el proceso de entrega de mis funciones, con el fin de asegurar una transición adecuada y ordenada.

Agradezco de antemano su comprensión y quedo con los mejores deseos para tan maravillosa empresa y todo su equipo de trabajo.

Cordialmente,

Se recibe de manera pura y simple
15/10/2025.

Juan Sebastian Montoya Chaves
C.C. 1003650623

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Folio: 3/11/2025 10:42:30 a. m.
Fecha Actual : lunes, 03 noviembre 20

INCAPACIDAD MEDICA

Nº128285

CODIGO DEL PRESTADOR: 2538600043-1

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 03-noviembre/2025 10:42 a. m.

Médico: 93126497 HECTOR MANUEL ORJUELA PEREZ

Información Paciente: DANNYA DEL PILAR PRECIADO MARTINEZ **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 52214202 **Edad:** 49 Años / 5 Meses / 1 Días **F. Nacimiento:** 02/06/1976

Entidad: 3046 - COMPENSAR EPS

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Diagnostico: L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

Grupo de servicio ConsultaExterna **Modalidad del servicio:** Intramural 3046 - COMPENSAR EPS

Motivo: Expedicion_Directa **Incapacidad:** Inicial **Origen incapacidad:** Comun

Dias de Incapacidad: 30 **Fecha Inicial:** 22/10/2025 12:00:00 a. m. **Fecha Final:** 20/11/2025 12:00:00 a. m.

Prorroga: Incapacidad inicial al terminar se validara si requiere prorroga SI o NO 3046

INCAPACIDAD POR 30 DIAS



PROFESIONAL: ORJUELA PEREZ HECTOR MANUEL
RM: 93126497
514 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA] NIT [890680027-4]

La Mesa Cundinamarca, Octubre 22 de 2025

Señores
MESALUD LTDA.
La Mesa Cund.

ASUNTO: RENUNCIA

Respetados Señores:

Yo **YURI DANIELA BARBOSA VARELA** identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.072.424.843**, por medio de la presente me permito presentar mi carta de **RENUNCIA** a partir del 17 de Octubre de 2025 al cargo que vengo desempeñando como **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, esta decisión obedece a problemas de salud.

Agradezco de antemano su atención y al mismo tiempo quedo altamente agradecida por la oportunidad que me brindaron.

Atentamente,

Yuri Daniela barbosa varela

YURI DANIELA BARBOSA VARELA
C.C. 1.072.424.843
CEL: 3213219546

Se recibe
De manera pura
y simple

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVAREZ DIAZ
NIT. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057 3172601536

Fecha de Reporte: [illegible] 2025 11:38:2
Usuario Activo: [illegible] 26 septiembre

INCAPACIDAD MEDICA
Nº126422

CODIGO DEL PRESTADOR: 25386000111-1
INFORMACION GENERAL
Fecha Documento: 26/09/2025 11:38:0 a. m.
Médico: 1072430559 YULIANA IBETH SALCEDO VARGAS
Información Paciente: TANIA MARCELA CASTIBLANCO CRUZ
Tipo Documento: Cédula Ciudadanía Número: 1072438880 Grupo Poblacional: Otro Sexo: Femenino
Entidad: 4040 - COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SOAT Edad: 31 Años, 2 Meses, 15 Días F. Nacimiento: 12/07/1994

DETALLE DE LA INCAPACIDAD
Diagnostico: S500 CONTUSION DE LA RODILLA
Grupo de servicio: Internación Modalidad del servicio: Intramural
Motivo: Expedición Dirección Incapacidad: Inicial Origen Incapacidad: Común
Días de Incapacidad: 3 Fecha Inicial: 26/09/2025 12:00:00 a. m. Fecha Final: 28/09/2025 12:00:00 a. m.
Prorroga: Incapacidad inicial al terminar se validara si requiere prorroga SI o NO
INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS

4040 - COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SOAT

4040

Yuliana SO
CC 1072430559

PROFESIONAL: SALCEDO VARGAS YULIANA IBETH
RM: 1072430559
389 - MEDICINA GENERAL

Fecha y Hora de Solicitud: 26/09/2025 09:40 Consecutivo: UR-3549660 Pág 1 / 1

Clínica Palermo
Al servicio de la vida

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: Ella. SANDRA PATRICIA VANEGAS CONEJO (SANDRA), Identificado(a) con CC-1072424098			
Edad y Género: 36 Años. Femenino			
Régimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/COTIZANTE	Nombre de la Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR CONTRIBUTIVO	
Servicio/Ubicación: URGENCIAS ADULTOS/SALA OBSERVACION URGENCIAS	Habitación:	Identificador Único: 5905	

Diagnóstico: D648 OTRAS ANEMIAS ESPECIFICADAS

INCAPACIDAD											
Causa:	Incapacidad enfermedad general					Duración:	3 día(s)	Prórroga:	No		
DESDE						HASTA					
Día:	27	Mes:	9	Año:	2025	Día:	29	Mes:	9	Año:	2025

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Folio: 5/10/2025 10:00:56 p. m.
Fecha Actual : domingo, 05 octubre 20

INCAPACIDAD MEDICA

Nº126856

CODIGO DEL PRESTADOR: 2538600043-1

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 05/octubre/2025 10:00 p. m.

Médico: 1043933507 LUISA FERNANDA GALINDO BALLESTAS

Información Paciente: YURI DANIELA BARBOSA VARELA **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1072424843 **Edad:** 35 Años / 7 Meses / 12 Días **F. Nacimiento:** 22/02/1990

Entidad: 3004 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR CONTRIBUTIVO URGENCIAS

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Diagnostico: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Grupo de servicio ConsultaExterna **Modalidad del servicio:** Intramural

Motivo. Expedicion_Directa **Incapacidad:** Inicial **Origen incapacidad:** Comun

Días de Incapacidad: 3 **Fecha Inicial:** 5/10/2025 12:00:00 a. m. **Fecha Final:** 7/10/2025 12:00:00 a. m.

Prorroga: **Incapacidad inicial al terminar se validara si requiere prorroga SI o NO**

INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS

3004 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR CONTRIBUTIVO URGENCIAS

3004

Dra. Luisa F. Galindo B.
Medico General
R.M. 1043933507
Universidad Simón Bolívar

PROFESIONAL: GALINDO BALLESTAS LUISA FERNANDA
RM: 1043933507
389 - MEDICINA GENERAL

+ incapacidad
13 al 17

salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Consecutivo:	0003341243				
Nombre del Paciente	MARIA DEL ROSARIO CASTAÑEDA G	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadania	**Número de documento**	20686831
Fecha de nacimiento	23/11/1965	**Edad atención**	59 años 10 meses	**Sexo**	Femenino
Episodio	93286424	**Asegurador**	FAMI CONTRIBUTIVO	**Categoría**	A
Tipo de vinculación	RCT: Cotizante	**Lugar de atención**	CM LA MESA		
Fecha de impresión:	17/10/2025				

Incapacidad Médica

Hra Ingreso a Consulta: 19:00

Fecha Ingreso a Consulta: 17/10/2025

Clse incapacidad: Enfermedad General

Modalidad de atención: Ambulatoria

Tipo incapacidad: Inicial

Fecha de Egreso: 17/10/2025

Procedimiento Estético: NO

Días de Incapacidad: 7 SIETE

Fecha Inicio Incapacidad: 17/10/2025

Fecha Fin Incapacidad: 23/10/2025

Diagnóstico Principal: J129

Observaciones: INCAPACIDAD POR 7 DIAS.

DR. ANDRES A BANQUEZ GUZMAN
MÉDICO GENERAL
Registro Medico 1001902926
Universidad Militar Nueva Granada
"Atencion Integral con Humanismo"

Firma del prestador:

Responsable: BANQUEZ, ANDRES

Número de identificación: 1001902926

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio