# CERTIFICADO LICENCIA DE MATERNIDAD
## GENERADO: 03/10/2025 21:04

**SUCURSAL** CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
**DIRECCIÓN** CALLE 23 B # 66-46
**TELÉFONO** 5948660
**ENTIDAD AFILIACIÓN** MEDISANITAS S.A.S
**NIT** 800149384-70
**LUGAR EXPEDICIÓN** BOGOTÁ, D.C.
**NOMBRE USUARIO** DIANA LORENA ROSAS GAMBINDO
**FECHA EXPEDICIÓN** 03/10/2025
**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** CC - 1053610317
**PLAN USUARIO** OTRO
**CARNÉT** 060 (PLAN) 000020605235878 (CONTRATO) 00001 (FAMILIA) 000000001 (USUARIO) **TIPO DE USUARIO** OTRO

**FECHA NACIMIENTO:** 05/01/1993 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
**DIR. DOMICILIO:** CLL 39 SUR 72 M 85 **TEL. DOMICILIO:** 3213926061 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.
**TIPO VINCULACIÓN:** OTRO **ACOMPAÑANTE:** MOSQUERA JONATHAN **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3167779468
**RESPONSABLE:** JONATHAN MOSQUERA **PARENTESCO:** ESPOSO **TEL. RESPONSABLE:** 3167779468
**Código REPS:** 110010918630 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA **Grupo de Servicios:** Internación **Modalidad:** Intramural

---

### LICENCIA DE MATERNIDAD

**DÍAS DE LICENCIA:** 126 **FECHA INICIAL:** 03/10/2025 **FECHA FINAL:** 05/02/2026
**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** O82.9 **TIPO DE LICENCIA:** LICENCIA DE MATERNIDAD
**DIAGNÓSTICO RELACIONADO:** E66.9
**FECHA PROBABLE DE PARTO:** 09/10/2025 **EDAD GESTACIONAL:** 39 SEMANAS **EMBARAZO MÚLTIPLE:** NO

| | |
|---|---|
| Nacido Vivo: 1 | Número Certificado Nacido Vivo: 25105510335461 |

**OBSERVACIONES:** EMBARAZO DE 39.1 SEMANAS
RUAF 25105510335461
FUR:07/01/2025
FPP FPP 9 DE OCTUBRE DE 2025

**FIRMA Y SELLO MÉDICO:** _____ **FIRMA USUARIO:** _____

**PROFESIONAL:** CASTAÑEDA BORDA FERNANDO ENRIQUE
**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** CC - 80854619
**REGISTRO:** 80854619
**ESPECIALIDAD:** GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE