Remision de Incapacidad

Tipo Remisión: Hospitalaria

Nro. Incapacidad: 2453053 Fecha de Expedición: 2025-08-20 03:02:12 PM Ciudad: BOGOTA

Datos del usuario

Paciente	Identificación	Tipo de usuario
ANGELA MARIELA LUQUE VANEGAS	CC 52804317	COTIZANTE
Empresa donde labora	**ID de la empresa**	

Datos Incapacidad/Licencia

Contingencia	Días solicitados	Días en letras	Prorroga	Días acumulados
Enfermedad general	3	TRES DIAS	NO	0
Diagnostico Principal	**Diagnostico Secundario**	**Fecha inicial**	**Fecha final**	
J00X		20/08/2025	22/08/2025	
Incapacidad retroactiva	**Motivo**			
NO	Motivo: No Aplica			

Datos del Medico o IPS Prestador del Servicio

Nombre profesional	Identificación	Reg. profesional	Especialidad
MARIA CAMILA ESTEVEZ ARCOS	CC 1014251220	1014251220	MEDICINA GENERAL
Razon social del prestador	**NIT**	**Ciudad del prestador**	**SGSSS**
SUBA	8300035647	BOGOTA	110010559711

Notas aclaratorias:

-

CC - 1014251220

MARIA CAMILA ESTEVEZ ARCOS

Registro Medico: 1014251220 - Fecha: 2025-08-20 03:02:12 PM

Datos de impresión - Fecha: 2025-08-20 - Hora: 03:02 PM - MARIA CAMILA ESTEVEZ ARCOS

