Bogotá, abril 15 de 2026

Señores
MESALUD LTDA

Asunto: Renuncia al cargo

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito presentar mi renuncia voluntaria al cargo de Tecnóloga de Alimentos, la cual se hará efectiva a partir del día 22 de abril de 2026.

Agradezco la oportunidad brindada durante el tiempo laborado, así como el apoyo y aprendizaje obtenido en el desarrollo de mis funciones.

Quedo atenta a realizar el proceso de entrega de mis responsabilidades.

Cordialmente,

laura villanueva.

LAURA DANIELA VILLANUEVA GONZALEZ

CC 1001301108

Recibi

Se Recibe de Manera pura y simple.

15/04/2026.

Bogotá
07/04/2026

Señores
Mesalud LTDA.

Estimados señores:
Recursos humanos

Por este medio, deseo hacer de su conocimiento mi decisión de renunciar a mi cargo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el cual vengo desempeñando desde.**03/01/2026** Por lo que, a partir de la fecha **02/04/2026,** finalizaré mi relación laboral con la empresa.

El motivo de mi renuncia obedece a **Retiro voluntario**

Agradezco a **Mesalud LTDA.**
por la confianza brindada, así como por la experiencia que me han permitido adquirir durante todo este tiempo, la cual me será de mucha utilidad en mi carrera profesional.

Me despido, deseándoles los mayores éxitos. Atentamente,

EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ
CC:1023915904

Recibi

se Recibe de Manera Pura y simple.
07/04/2026.

Powered by CamScanner

CENTRODONCIA S.A.S.
Sede: CENTRODONCIA SAS BOGOTA (KENNEDY)
Identificación Sucursal: 900247128-1
Dirección: CARRERA 78 # 26 - 13 SUR KENNEDY CENTRAL
Teléfono: 6016284550
SGSSS: 761470716901

INCAPACIDAD No. 276982

Fecha y hora de la prescripción:	2026-04-22 11:11	Ciudad:	Bogotá

DATOS DEL PRESTADOR

NIT:	900247128-1	**Dirección**	CARRERA 78 # 26 - 13 SUR KENNEDY CENTRAL
Teléfono(s):	6016284550	**Dirección electrónica:**	

DATOS DEL PACIENTE

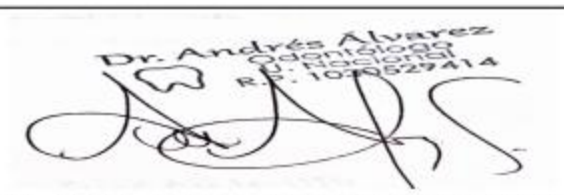
Apellidos y nombre	PEREZ MAESTRE YENNYS LISETTE				
Tipoo Documento:	CC	**Documento de identidad:**	40929701	**Sexo:**	Femenino
Plan usuario:	EPS - POS CONTRIBUTIVO			**Tipo de usuario:**	BENEFICIARIO
Entidad aseguradora:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S				

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Grupo de Servicios	Consulta Externa	**Modalidad de la Prestación del Servicio**		Intramural	
CIE10:	K011			**Presunto Origen de la Incapacidad**	Común
Prorroga:	NO			**Incapacidad retroactiva:**	
Días de incapacidad:	3	**Fecha inicial:**	2026-04-22	**Fecha final:**	2026-04-24

Observaciones:

SE SOLICITA INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE HOY POR EXODONCIA DE DIENTE 38, SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO, SE INDICA QUIETUD Y ADHERENCIA A MEDICAMENTOS



Firma :_____

Registro médico: 1030529414

Apellidos y nombre(s): CESAR ANDRES ALVAREZ SILVA

Documento de identidad: 1030529414

Especialidad: REHABILITACION ORAL

El presente documento es válido con firma del profesional"

Fecha y hora de 22/04/2026 11.11.32 Profesional Impresión: CAALVAREZ

Fecha y hora de impresión 22/04/2026 11.11.32