EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Tipo y número de identificación:	CEDULA DE CIUDADANIA (CC) 71194146		
Paciente:	JUAN FERNANDO GAVIRIA GARCIA		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	12/02/1984	**Edad:**	42 Años

Identificador Único: 1814992-1 **Fecha:** 2026/08/10

ÓRDENES MÉDICAS - INCAPACIDAD - ORIGINAL -

Diagnóstico: CIE10: S621

Duración de la Incapacidad		
Fecha Inicial	**Fecha Final**	**Nro. Días**
2026/08/15	2026/09/13	30 - TREINTA
Datos Incapacidad		
Prórroga	**Tipo de Incapacidad:**	
Prórroga: Si	**1.** Accidente de Trabajo	

Firma del Paciente: _____

Firmado Por: **JAIME ALBERTO LONDOÑO RESTREPO**
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - CIRUGIA DE MANO, Registro: 303-92, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 98517978

Firmado Electrónicamente