Clínica Palermo
Al servicio de la vida.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 1104430339**		
Paciente: **RAQUEL JUDITH PEDROZO CORTES**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **30/10/1995**		
Edad y sexo biológico: **30 Años, Femenino**		
Identificador único: **519705-1**	Financiador: **CC FAMILIAR COMPENSAR**	**Régimen: Contributivo**
Ubicación: **SALA DE PARTOS**	Servicio: **URGENCIAS GINECOOBSTETRICIA**	Cama:

CERTIFICADO DE LICENCIA DE MATERNIDAD

Fecha: 25/08/2026 07:38 - Ubicación: SALA DE PARTOS
Certificado de licencia de maternidad - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Información del prestador de servicios de salud
Razón social: CLINICA PALERMO
NIT: 860006745
Código del prestador de servicios de salud: 110010895201
Entidad promotora de salud: CC FAMILIAR COMPENSAR
Lugar de expedición: BOGOTA
Fecha de expedición: 25/08/2026

Información del paciente
Nombre del afiliado: RAQUEL JUDITH PEDROZO CORTES
Tipo de documento de identidad: CC
Número de documento de identidad: 1104430339

Diagnóstico principal: O800

Fecha probable de parto: 05/09/2026
Edad gestacional(Semanas): 38
Embarazo múltiple: No
Número de nacidos vivos: 1

Número de certificado del nacido vivo 1: 1104430339

Tipo de licencia: Maternidad
Fecha de inicio de la licencia de maternidad: 25/08/2026
Fecha de terminación de la licencia de maternidad: 28/12/2026
Días de licencia de maternidad: 126

Firmado por: DIANA PAOLA RUIZ FERNANDEZ, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Registro 53176974, CC 53176974, el 25/08/2026 07:38

Firmado electrónicamente