

REMISIÓN DE INCAPACIDADTipo Remisión Ambulatoria Hospitalaria Nro. Incapacidad: **1465301** Fecha Expedición: 2022-02-10 04:55:46 PM Ciudad: BOGOTA**Datos afiliado**

Nombre del afiliado:	IVONNE BETANCOURT CRUZ	ID:	CC 31710862
Tipo usuario:	COTIZANTE		
Empresa donde labora:		ID:	

Datos incapacidad/licencia

Origen:	Enfermedad General	Días solicitados:	30
Días en letras:	TREINTA DIAS		
Diagnóstico:	G560		
Fecha inicial:	10/02/2022	Fecha final:	11/03/2022
Prorroga	NO	Días acumulados:	0
Observación			

Datos del médico o IPS prestador del servicio

Nombre profesional:	JOSE FABIAN MARTINEZ AFANADOR	Reg. Profesional:	
Especialidad:	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Ciudad prestador:	BOGOTA
Razón social prestatario:	CALLE 93	ID:	110010559735

Notas aclaratorias

POSTOPERATORIO



Firma Medico