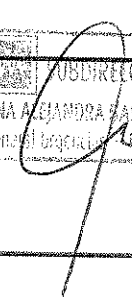
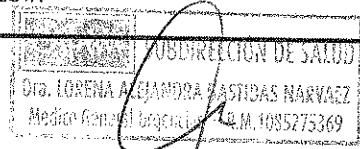


4/8/2017

## Remisión de Incapacidad

| REMISIÓN DE INCAPACIDAD  |                                  |                                      |  |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Tipo Remisión  |                                  | Ambulatoria <input type="checkbox"/> | Hospitalaria <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nro. Incapacidad:  | 308855                           | Fecha Expedición:                    | 2017-08-04 07:39:56 PM Ciudad: BOGOTA            |
| <b>Datos afiliado</b>  |                                  |                                      |  |
| Nombre del afiliado:   | JOSE ALBERTO BARRETO CASTIBLANCO | ID:                                  | CC 80897143                                      |
| Tipo usuario:  | COTIZANTE                        |                                      |  |
| Empresa donde labora:  |                                  | ID:                                  |  |
| <b>Datos incapacidad/licencia</b>  |                                  |                                      |  |
| Origen:  | ENFERMEDAD GENERAL               | Días solicitados:                    | 3  |
| Días en letras:  | TRES DIAS                        |                                      |  |
| Diagnóstico:   | N133                             |                                      |  |
| Fecha inicial:   | 04/08/2017                       | Fecha final:                         | 06/08/2017                                       |
| Prorroga:  | NO                               | Días acumulados:                     | 0  |
| Observación:   |                                  |                                      |  |
| <b>Datos del médico o IPS prestador del servicio</b>   |                                  |                                      |  |
| Nombre profesional:  | AQUINO VANEGAS VICTOR NICOLAS    | Reg. Profesional:                    | 15387  |
| Especialidad:  | MEDICINA GENERAL                 | Ciudad prestador:                    | BOGOTA   |
| Razón social prestatario:  | FLORESTA                         | ID:                                  |  |
| <b>Notas aclaratorias</b>  |                                  |                                      |  |
| <div style="text-align: right;"><br/>Firma Medico</div> <div style="text-align: right;"></div> |                                  |                                      |  |