No. of the contract of the con	REMISIÓN DE INCAPACIDAD						
				# 2000 N N N N N N N	COMPANY OF THE PART OF THE PAR		
			Tipo Remisión	Ambula	toria	Hospitalaria	Х
Nro. Incapacidad:	308855	Fecha Expedición:	2017-08-04 07:39	9:56 PM	Ciudad: BOG	OTA	0.000.500.000
Datos afiliado				***************************************			Name and Address of the Owner, or the Owner,
Nombre del afiliado:	JOSE ALBERTO BARRETO	CASTIBLANCO	ID:	CC 80897143			
Tipo usuario:	COTIZANTE						
Empresa donde labora:		***************************************	ID:				
Datos incapacidad/I							***************************************
Origen:	ENFERMEDAD GENERAL		Días solicitados;	3			
Dias en letras:	TRES DIAS						
Fecha inicial	N133 04/08/2017		Trade C. :				
Prorroga	NO		Fecha final: Días acumulados:	06/0 0	08/2017		
Observación	en e. <u>1940 - E</u>		Dias acumulauos.	U			
Datos del médico o	IPS prestador del sen	vicio			······································		-
Nombre profesional:	AQUINO VANEGAS VICTOR NICOLAS MEDICINA GENERAL		Reg. Profesional:	153	8 7		
Especialidad:			Ciudad prestador:		GOTA		
Razón social prestatario:	FLORESTA		ID:		The contract of	and the same of th	Provinces
Notas aclaratorias				Firm	Dra. LORENA AZ	OBDIRECTION DE S. BANDRA PASTIDAS NAS BEGGILL P. M. 108527:	avaez i