



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD**

**Fecha:** 20/08/2021

**Lugar:** FLORIDABLANCA

**Convenio:** FOSCAL - NUEVA EPS UT

**Paciente:**

Documento: CC. 28380767

Nombre: ZAYDA MARINA RUIZ VELANDIA

**Tipo atención:** Ambulatoria

**Origen incapacidad:** Común

**Fecha inicio:** 20/08/2021

**Fecha fin:** 18/09/2021

**Días:** 30

**Diagnóstico pral:** H353

**Diagnóstico relacionado:** Z961

**Observaciones:**

PRORROGA DE INCAPACIDAD A PARTIR DE HOY POR 30 DIAS

Carlos Mario Rangel Gualdrón  
Reg. Médico: 14425