

2017

2017

20 Folios

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Revisión Septiembre
02 2005
CONSECUTIVO NO.
1118547939

El Señor (a) CLAUDIA ESTHER RUANO ARIAS
Identificado (a) Con: CEDULA DE CIUDADANIA Número 24048838 De SANTA
 ROSA DE VITERBO
Del Area de Especialidad ACADEMICA
En el Sitio de Trabajo INST INTEG D CARLOS ARTURO TORRES PEYA
Jornada de la COMPLETA
A sido Incapacitado(a) SESENTA DÍAS
Durante
Periodo Comprendido del 28/11/2017 A 26/01/2018
Con Diagnostico DISFONIA
Motivo Incapacidad ENFERMEDAD PROFESIONAL
Tipo Atención SIN TIPO
Nombre Entidad Médica COLOMBIANA DE SALUD PRINCIPAL
Nombre del medico PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ E.S.P SALUD
 OCUPACIONAL TL 3105745194

VISADO COORDINADOR

Paula A. Ruiz M.
MÉDICO
R.M. 1711/15
Coordinador Médico

Acepto Incapacidad



CONSECUTIVO
NO. 1118547939

El Señor (A) CLAUDIA ESTHER RUANO ARIAS
Identificado (A) Con: CEDULA DE CIUDADANIA Número 24048838 De SANTA ROSA DE VITERBO
Del Area De Especialidad: ACADEMICA
En El Sitio De Trabajo: INST INTEGRO CARLOS ARTURO TORRES PEYA
Jornada De La: COMPLETA
A Sido Incapacitado(A) Durante: DIEZ DÍAS
Periodo Comprendido Del: 18/11/2017 A 27/11/2017
Con Diagnostico: DISFONIA
Motivo Incapacidad: ENFERMEDAD GENERAL
Tipo Atención: SIN TIPO
Nombre Entidad Médica: COLOMBIANA DE SALUD PRINCIPAL
Nombre Del Medico: DRA MARIBEL MEDINA SALUD OCUPACIONAL

VISADO COORDINADOR


UB **MÉDICO**
R.M. 11/11/15
Coordinador Médico

Acepto Incapacidad

 Imprimir

 Colombiana de Salud S.A. Crecer y amor nuestra solución	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	CDS - PDM 2.1 2.1 - F4	
	SOLICITUD DE SERVICIOS	Revisión 03	Marzo 2010

NOMBRE Claretta Gilen APELLIDOS Ruano Nº 444838
 IDENTIFICACIÓN 24048838 MUNICIPIO Tepec 14/11/10
 MAGISTRO ☒ OTROS MAG. ☐ OTROS ☐ CUAL: _____ COTIZ. ☒ BEN. ☐ COTIZ. DEP. ☐ PART. ☐

SERVICIOS SOLICITADOS	LABORATORIO CLÍNICO ☐	RX IMAG. ☐	CONS. ESPEC. ☐	COMPL. TERAP. ☐
DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS <u>Prueba citológica</u> <u>Superf. cit. H. vaginal</u> <u>27 nov/10</u> <u>elid - genit.</u> <u>18 nov al 27 nov/10</u>				
DIAGNÓSTICO: <u>Dermis crónica</u>			CIE	<u>R490</u>
NOMBRE Y CÓDIGO MEDICO REMITENTE		NOMBRE USUARIO		
FIRMA <u>[Firma]</u>		FIRMA _____		

PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN, ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN, EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.



Colombiana
de Salud S.A.
Clínica y Hospital de Salud

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

**SOLICITUD DE
SERVICIOS**

CDS - PDM 2.1.2.1 - F4

Revisión 03

Marzo 2010

NOMBRE CLAUDIO APELLIDOS AVILA

Nº 479926

IDENTIFICACIÓN 26048838 MUNICIPIO 77 08 17

MAGIST. ☐ OTROS MAG. ☐ OTROS ☐ CUAL: ☐ COTIZ. ☐ BEN. ☐ COTIZ. DEP. ☐ PART. ☐

SERVICIOS SOLICITADOS LABORATORIO CLÍNICO ☐ RX IMAG. ☐ CONS. ESPEC. ☐ COMPL. TERAP. ☐

DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS INCAUTACIÓN
12 de octubre de 2010

DIAGNÓSTICO

CIE

1020

NOMBRE Y CÓDIGO MEDICO REMITENTE

NOMBRE USUARIO

FIRMA

FIRMA

PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN, ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN, EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.



COLOMBIANA DE SALUD S.A.
NIT. 830.028.288 - 7
CERTIFICADO DE
INCAPACIDAD

CDS-PDM 2.1.2.1 -F6

Revisión 02 Septiembre 200

CONSECUTIVO
NO. 1118547939

El Señor (A)	CLAUDIA ESTHER RUANO ARIAS
Identificado (A) Con:	CEDULA DE CIUDADANIA Número 24048838 De SANTA ROSA DE VITERBO
Del Area De Especialidad	ACADEMICA
En El Sitio De Trabajo	INST INTEGRO CARLOS ARTURO TORRES PEYA
Jornada De La	COMPLETA
A Sido Incapacitado(A) Durante	SESENTA DIAS
Periodo Comprendido Del	19/09/2017 A 17/11/2017
Con Diagnostico	DISFONIA
Motivo Incapacidad	ENFERMEDAD PROFESIONAL
Tipo Atención	ATENCION AMBULATORIA
Nombre Entidad Médica	COLOMBIANA DE SALUD PRINCIPAL
Nombre Del Medico	PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ E.S.P SALUD OCUPACIONAL TL 3105745194

VISADO COORDINADOR

[Firma]
Coordinador Médico
Y.P. 15 14/10/2017

[Firma]
Acepto Incapacidad

Imprimir

 COLOMBIANA DE SALUD S.A.	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	COS - PCLAT 02	
	PLANILLA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS	Revisión 02	Junio 2011

Fecha Inicio: 4-09-2017

No. Sesiones Autorizadas:
 No. Sesiones Acumuladas:

Nombre: CLAUDIA ESTHER RUANO A Documento: 24048838

Dx. 1. DISFONIA
 3. _____

Dx. 2. _____
 Dx. 4. _____

No.	Fecha DD/MM/AAAA	Firma del Usuario	Observaciones
1	4-09-017		
2	5-09-017		
3	6-09-017		
4	7-09-017		
5	11-09-017		
6	12-09-017		
7	13-09-017		
8	18-09-017		
9	19-09-017		
10	20-09-017		

Condición de Egreso: Resolución Definitiva ☐
 Resolución Parcial ☐
 Incumplimiento del paciente / Inasistencia ☐

Justificación: Dx: DISFONIA CRONICA

Se GUARDA CONTINUA
MIENTO.

Institución: CENTRO TERAPEUTICO
 Profesional: CRISTINA PALACIOS B
FONOAUDIOLOGO RP 007008

Handwritten notes and stamps:
 Continúa...
 en...
 RP 007008

AUTORIZACION DE SERVICIOS - VOLANTE DE IMPRESION

Página 1 de 1

 Colombiana de Salud S.A. Plan y Seguro de Salud	COLOMBIANA DE SALUD S.A. Nit. 830.028.288 - 7		CDS-PDM 4.6-F1	
	FORMATO DE AUTORIZACION SISTEMATIZADA DE SERVICIOS		Revisión 01	Junio 2004

Autorización 5551023 **Orden Prec** **Fecha** DD 14 MM 09 AA 2017
Documento CC 24048838 **Afiliado** CLAUDIA ESTHER RUANO ARIAS **Convenio** TUNJA-MAGISTERIO BOYACA **Tel.** 3105745194
Médico/Inst PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ [PRINCIPAL-CARRERA 9 NO. 26 - 99] **No. Contrato** PROF-035 **Tel.** 7407713

Motivo Consulta ENFERMEDAD GENERAL**Tipo Orden** NORMAL

5551023

Código	Descripción Servicio	Especialidad	Cant	Valor
890202	[89.0.2.02] [89.0.2.02]-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	MEDICINA LABORAL	1	*****

Cuota Mod 0.00 **Copago** 0.00 **Valor Total** 0.00 **Recauda:** COLOMBIANA DE SALUD S.A. **IPS** X

Diagnóstico: DISFONIA

** OBSERVACION: ESTANCIAS, COBERTURA Y PROCEDIMIENTOS SUJETOS A AUDITORIA MEDICA Y PERTINENCIA AL POS
 ** Autorización Inicial: 0- [yyyy/MM/dd]
 ** Funcionario Autorizador: YENY FLORIPES SILVA RUIZ -
 ** Para cualquier aclaración favor comunicarse al teléfono:
 ** Importante: Esta orden es válida por 30 días a partir de la Fecha de Autorización.

FAVOR FIRMAR EN NOMBRE DE:

Colombiana de Salud S.A.
 Crecer y amor nuestra solución
 Nit. 830.028.288-7

Firma Usuario**Firma Médico Institución****Firma Responsable Y Sello****No. Registro**

Orden sin firma no es válida para el pago. Para la atención debe presentar documento de identidad y carné.

Impreso Por Integr@RED - 14/09/2017 <<

 **Imprimir**

7



**Colombiana
de Salud SA**
CIENCIA Y ENTENUESTRO SOLUCIÓN

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

**SOLICITUD DE
SERVICIOS**

CDS - PDM 2.1.2.1 - F4

Revisión 03

Marzo 2010

NOMBRE Claudia Esther

APELLIDOS Rosero Arias

Nº 488438

IDENTIFICACIÓN 24048-838

MUNICIPIO Tuma

29 08 12

MAGIST. ☒ OTROS MAG. ☐ OTROS ☐ CUAL: _____

COTIZ. ☒ BEN. ☐ COTIZ. DEP. ☐ PART. ☐

SERVICIOS SOLICITADOS

LABORATORIO
CLÍNICO ☐

RX
IMAG. ☐

CONS. ESPEC. ☐

COMPL. TERAP. ☐

DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS

S/ Control y Medicina Laboral

Anexos HC de ORL

DIAGNOSTICO:

Difteria Cronica - Polipos Carcinomas

NOMBRE Y CÓDIGO MEDICO REMITENTE:

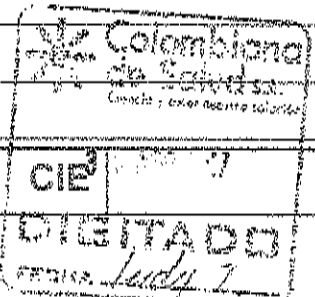
Juan O. M.

Dr. J. O. M.
MEDICO GENERAL
N.º 11700

NOMBRE USUARIO

FIRMA

FIRMA



PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN, ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN,
EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.



Colombiana
de Salud S.A.

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

FORMATO PARA REGISTRO DE
INTERCONSULTA

MANUAL DE CALIDAD

CDS PDM 2.1.2.1 F7

Revisión 03

Agosto 2010

FORMATO DE INTERCONSULTA

FECHA:

29-05-12

SEDE DE ORIGEN:

Tonja

ESPECIALIDAD INTERCONSULTADA:

Medicina Laboral

Clavero

Entler

Ruana

Araya

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

RG

RG

RG

CC

290688332

M

K

52a

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTO

SEXO

EDAD

RESUMEN DE ATENCIÓN: (Debe incluir anamnesis, signos vitales, hallazgos positivos el examen físico, opciones terapéuticas agotadas)

SI / Control x Medicina Laboral

Pro. de 22 años de edad con Dx. Difteria Crónica.
x Polipos Cervicofaríngeos en Manos x ORL. Terapia Lengua
-102- control control x ORL. y Medicina Laboral.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Difteria Crónica x Polipos Cervicofaríngeos

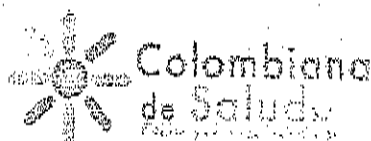
JUSTIFICACIÓN:

SI / Control x Medicina Laboral

Juan O. Maren
NOMBRE MÉDICO

0700
REG. MÉDICO

9
Firma y Sello
FIRMA Y SELLO
C.O.C. 0700



COLOMBIANA DE SALUD S.A.
Nit. 830.028.288 - 7
CERTIFICADO DE
INCAPACIDAD

CDS-PDM 2.1.2.1 -F6

Revisión 02 Septiembre 200

CONSECUTIVO
NO. 1118547493

El Señor (A)
Identificado (A) Con:
Del Area De Especialidad
En El Sitio De Trabajo
Jornada De La
A Sido Incapacitado(A) Durante
Periodo Comprendido Del
Con Diagnostico
Motivo Incapacidad
Tipo Atención
Nombre Entidad Médica
Nombre Del Medico

CLAUDIA ESTHER RUANO ARIAS
CEDULA DE CIUDADANIA Número 24048838 De SANTA ROSA DE VITERBO
ACADEMICA
INST INTEGRO CARLOS ARTURO TORRES PEYA
MAÑANA
DIEZ DÍAS
09/09/2017 A 18/10/2017
DISFONIA
ENFERMEDAD GENERAL
SIN TIPO
COLOMBIANA DE SALUD PRINCIPAL
JUAN ORLANDO MARTIN MD. CIRUJANO TL 3105745194

12/09/2017

VISADO COORDINADOR

Coordinador Médico

Acepto Incapacidad

Imprimir

10

 Colombiana de Salud S.A. Creando y mejorando nuestra solución	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	CDS - PDM 2.1.2.1 - F4	
	SOLICITUD DE SERVICIOS		Revisión 03 Marzo 2010

NOMBRE Alfonso APELLIDOS Alfonso Esther N° 482116
 IDENTIFICACIÓN 24048838 MUNICIPIO 15 08 2017

MAGIST. ☐ OTROS MAG. ☐ OTROS ☐ CUAL: _____ COTIZ. ☐ BEN. ☐ COTIZ. DEP. ☐ PART. ☐

SERVICIOS SOLICITADOS LABORATORIO CLÍNICO ☐ RX IMAG. ☐ CONS. ESPEC. ☐ COMPL. TERAP. ☐

DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS Tratamiento x 60 días
del 19 de Septiembre de 2017
al 17 de Noviembre de 2017
UT2 Vigencia en Hospital

DIAGNÓSTICO: _____
 NOMBRE Y CÓDIGO MEDICO REMITENTE: _____
 FIRMA _____
 NOMBRE USUARIO: _____
 FIRMA _____

PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN, ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN,
 EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.



Colombiana
de Salud S.A.
Crecer y amar nuestra solución

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

FORMATO PARA REGISTRO DE
INTERCONSULTA

MANUAL DE CALIDAD

CDS PDM 2.1.2.1 F7

Revisión 03

Agosto 2010

FORMATO DE INTERCONSULTA

FECHA: 29-08-17

SEDE DE ORIGEN: Tanya

ESPECIALIDAD INTERCONSULTADA: Medicina Laboral

Claudia

Esther

Rosario

Armas

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

R.C. R.C. R.C. CC

29048838

M X

52g

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTO

SEXO

EDAD

RESUMEN DE ATENCIÓN: (Debe incluir anamnesis, signos vitales, hallazgos positivos el examen físico, opciones terapéuticas agotadas)

SI / Control x Medicina Laboral

Pre. de 52 años, de Edad, con Dx. Distrofia Cromos.

x polipos Larangea en Manexo x ORL. - Terapia Lengua

- 102- puntaje control x ORL. y Medicina Laboral

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Distrofia Cromos. x Polipos Larangea

JUSTIFICACIÓN:

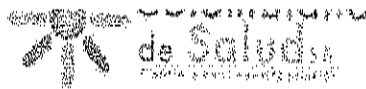
SI / Control x Medicina Laboral

NOMBRE MÉDICO

REG. MÉDICO

FIRMA Y SELLO

13131313
GENERAL
G.M. 0700
13



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Revisión 02 Septiembre 2005

CONSECUTIVO NO. 1118547323

El Señor (A) CLAUDIA ESTHER RUANO ARTAS
Identificado (A) Con: CEDULA DE CIUDADANIA Número 24048838 De SANTA ROSA DE VITERBO
Del Area De Especialidad ACADEMICA
En El Sitio De Trabajo INST INTEGRO CARLOS ARTURO TORRES PEÑA
Jornada De La COMPLETA
A Sido Incapacitado(A) Durante TRES DIAS
Periodo Comprendido Del 24/08/2017 A 26/08/2017
Con Diagnostico DISFONIA
Motivo Incapacidad ENFERMEDAD GENERAL
Tipo Atención ATENCION AMBULATORIA
Nombre Entidad Médica COLOMBIANA DE SALUD SEDE QUITAMA
Nombre Del Medico LENIN RODRIGUEZ

VISADO COORDINADOR


Coordinador Médico

Acepto Incapacidad

 Imprimir



Colombiana
de SALUD S.A.
Cuidado y amor, nuestra solución

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

SOLICITUD DE
SERVICIOS

CDS - PDM 2.1.2.1 - F4

Revisión 03

Marzo 2010

NOMBRE

Claudia Esthez

APELLIDOS

Ruano Ariza

Nº 488439

IDENTIFICACIÓN

29048838

MUNICIPIO

Tunja

29 08 17

MAGIST.



OTROS MAG.



OTROS



CUAL:

COTIZ.



BEN.



COTIZ. DEP.



PART.



SERVICIOS SOLICITADOS

LABORATORIO
CLÍNICO



RX
IMAG.



CONS. ESPEC.



COMPL. TERAP.



DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS

Incapacidad x 10 (diez) días

desde el 30.08.2017. Mientras cita control
y ORL.

DIAGNOSTICO:

Disfonía crónica.

Polipos Laríngeos

CIE

NOMBRE Y CÓDIGO MEDICO REMITENTE:

Juan A. M. S. General

NOMBRE USUARIO

FIRMA

FIRMA

PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN,
EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.



Colombiana
de Salud S.A.
Energía y amor nuestra solución

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

SOLICITUD DE
SERVICIOS

CDS - PDM 2121 - F4

Revisión 03

Marzo 2010

NOMBRE C. L. A. D. A. APELLIDOS MUÑOZ

Nº 479926

IDENTIFICACION 26048838 MUNICIPIO 77 28 17

MAGIST. ☐ OTROS MAG ☐ OTROS ☐ CUAL: _____

COTIZ. ☐ BEN ☐ COTIZ. DEP. ☐ PART ☐

SERVICIOS SOLICITADOS

LABORATORIO
CLÍNICO ☐

RX
(MAG) ☐

CONS. ESPEC. ☐

COMPL TERAP. ☐

DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS

TRC A D. A. C. D. A. D.

22 de Agosto / 17

DIAGNÓSTICO

CIE

3062

NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO REMITENTE

NOMBRE USUARIO

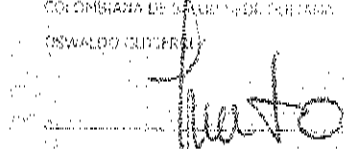
FIRMA

FIRMA

PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN, ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN,
EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.

El Señor (A) CLAUDIA ESTHER SUAREZ ARIAS
Identificado (A) Con: CEDULA DE CIUDADANIA Número 2586419 DE SANTA ROSA DE VENEZUELA
Del Area De Especialidad ACADÉMICA
En El Sitio De Trabajo POST ALBERGO CARLOS RIVERA TORRES PERA
Jornada De La COMPLETA
A Sido Incapacitado(A) Durante DOS DIAS
Periodo Comprendido Del MEDICINA FISIOTERAPIA
Con Diagnóstico LARINGITIS AGUDA
Motivo Incapacidad ENFERMEDAD GENERAL
Tipo Atención ATENCIÓN AMBULATORIA
Nombre Entidad Médica COLOMBIANA DE SALUD PBLICA CHIAZO
Nombre Del Médico OSWALDO GUTIERREZ

VISADO COORDINADOR


Coordinador Médico

Acepto Incapacidad

 Imprimir

AUTORIZACION DE SERVICIOS - VOLANTE DE IMPRESION

Página 1 de 1

	COLOMBIANA DE SALUD S.A. Nit. 830.028.288 - 7	CDS-PDM 4.6-F1	
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN SISTEMATIZADA DE SERVICIOS	Revisión 01	Junio 2004

Autorización 5634880 Orden Prec
 Documento CC 24048838 Afiliado CLAUDIA ESTHER RUANO ARIAS
 Médico/Inst SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE (PRINCIPAL-CLL. 10 NO. 18 - 75)
 Motivo Consulta ENFERMEDAD GENERAL

Fecha DD 25 MM 10 AA 2017
 Convenio TUNJA-MAGISTERIO BOYACA Tel. 3105745194
 No. Contrato CUTMDCOL337 Tel. 3538008

Tipo Orden NORMAL

5634880

Código Descripción Servicio
 890302 [89.0.3.02] [89.0.3.02]-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA [INCLUYE:]

Especialidad OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
 Cant 1 Valor *****

Cuota Mod 0.00 Copago 0.00 Valor Total 0.00

Recauda: COLOMBIANA DE SALUD S.A. IPS X

Diagnóstico: DISFONIA

** OBSERVACION: ESTANCIAS, COBERTURA Y PROCEDIMIENTOS SUJETOS A AUDITORIA MEDICA Y PERTINENCIA AL POS-S * SE AUTORIZA CITA DE CONTROL POR LARINGOLOGIA; SE RENUEVA AUTORIZACION 5576060

** Autorización Inicial: 0- [yyyy/MM/dd]

** Funcionario Autorizador: YENY FLORIPES SILVA RUIZ -

** Para cualquier aclaración favor comunicarse al teléfono;

** Importante: Esta orden es válida por 30 días a partir de la Fecha de Autorización.

FAVOR FACTURAR A NOMBRE


 Nit. 830.028.288-7

Firma Responsable Y Sello

Firma Médico Institución

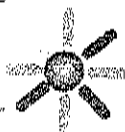
No. Registro

Firma Usuario

Orden sin firma no es válida para el pago. Para la atención debe presentar documento de identidad y carné.

Impreso Por Integr@RED - 25/10/2017 <<

 Integr@RED



**Colombiana
de Salud S.A.**
ciencia y amor nuestra solución

COLOMBIANA DE SALUD S.A.

**SOLICITUD DE
SERVICIOS**

CDS - PDM 2.1.2.1 - F4

Revisión 03

Marzo 2010

NOMBRE Ulrich Este

APELLIDOS Rivera

Nº 482117

IDENTIFICACIÓN 2444588

MUNICIPIO _____

15-05-2010

MAGIST. ☐ OTROS MAG. ☐ OTROS ☐ CUAL: _____

COTIZ. ☐ BEN. ☐ COTIZ. DEP. ☐ PART. ☐

SERVICIOS SOLICITADOS

LABORATORIO
CLÍNICO ☐

RX
IMAG. ☐

CONS. ESPEC. ☐

COMPL. TERAP. ☐

DESCRIPCIÓN SERVICIOS SOLICITADOS

Control med. dental en 2 meses
UT. Vigilancia Caries

AGNÓSTICO:

NOMBRE Y CÓDIGO MEDICO REMITENTE:

PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
C.A. 957454-130

NOMBRE USUARIO

CIE

FIRMA

FIRMA

PARA LA ENTREGA DE LA AUTORIZACIÓN, ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VALIDEZ DE 72 HORAS, A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
EXCEPTO PACIENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS ESPECIALES.

El Señor (A) CLAUDIA ESTHER RUARO ABIAS
Identificado (A) Con CÉDULA DE CIUDADANÍA Número 2499923 de SANTA ROSA DE VITÓRGO
Del Área De Especialidad ACADÉMICA
En El Sitio De Trabajo INSTITUTO CARLOS ARTURO VARGAS PARRA
Jornada De La COMPLETA
A Sitio Incapacitado(A) Durante UN MES
Período Comprendido Del 28/04/2017 A 28/04/2017
Con Diagnóstico LARINGITIS AGUDA
Motivo Incapacidad ENFERMEDAD GENERAL
Tipo Atención ATENCIÓN AMBULATORIA
Nombre Entidad Médica COLOMBIANA DE SALUD SEDF DUITAMA
Nombre Del Médico GONZALO GUTIERREZ

VISADO COORDINADOR

Coordinador Médico

Acepto Incapacidad

 Imprimir