San Juan de Pasto, 13 de marzo de 2025.

Doctora
CARMEN EUGENIA ARELLANO RUBIO
JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO.
E. S. D.

REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL
RADICADO: 2023-00358.
DEMANDANTE: LEIDY GIOVANNA MESIAS DELGADO
DEMANDADO: COMPÁÑIA DE SEGUROS ARL SURA
TERCERA INTERVINIENTE: ROSA ELENA TARAZONA RAMIREZ

ANDREA LILIANA ENRIQUEZ AZA, abogada en ejercicio, conocida de autos, obrando en mi condición de apoderada de la parte demandante, por medio del presente escrito respetuosamente me permito manifestar y solicitar lo siguiente:

Se presenta ante mi despacho un familiar de la señora **LEIDY GIOVANNA MESIAS,** informándome que se encuentra en estado delicado de salud, por lo tanto, ha ingresado a urgencias y esta en observación. Como consecuencia de esto le dieron incapacidad desde el 13 de marzo de 2025, hasta el 15 de marzo del mismo año. Por lo tanto, solicito a su Señoría, de manera respetuosa, se acceda a la solicitud de aplazamiento de esta audiencia, toda vez que es primordial que la parte demandante se encuentre en ella.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración

De la señora Juez,

Atentamente,

ANDREA LILIANA ENRIQUEZ AZA
C.C No. 36.950.593 de Pasto
T.P No. 293458 del C.S. de la J

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145723
Dirección: 19 - CENTRO HOSPITAL LA ROSA - DIAGONAL 12 A Nº 3A - 05 B/ LA ROSA
Teléfono: 7201564

INCAPACIDAD MEDICA

Fecha de Impresión: 13/03/2025 **Hora:** 8:53.15 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacl:** 04/03/1991
Fecha del Registro: 13/03/2025 **Hora:** 08:53:41 **Régimen:** Contributivo **Edad:** 34 años
Paciente: CC - 1085288778 - LEIDY GIOVANNA MESIAS DELGADO
Dirección: TORRES DE EL CIELO 2 **Teléfono:** 3228626616
MédicoTratante: DARIO FERNANDO LOPEZ BENAVIDES **Identificación:** 98387822
Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
Administradora: EPS005 - EPS SANITAS SAS-EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN
Profesion: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Ciudad: Pasto **Estado Civil:** Casado **Lugar Nacimiento:** PASTO

Número - Ingreso: INC52873 **Prorroga:** NO
Servicio: Servicios Ambulatorios
Fecha Incapacidad: **Desde:** 13/03/2025 **Hasta:** 15/03/2025 **Dias:** 3

Servicio: Hospitalizacion
Fecha Incapacidad: **Desde:** **Hasta:** **Dias:**
Diagnóstico: N939: HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL NO ESPECIFICADA

Modalidad Prestacion Servicio:
Intramural

Presunto Origen de la Incapacidad:

Causa que motiva la atencion:

Incapacidad Retroactiva:

INCAPACIDAD POR:

OBSERVACIONES:

DARIO FERNANDO LOPEZ BENAVIDES
Registro: 52863