

**SEÑOR JUEZ**

**ANDRES FERNANDO DIAZ GUTIERREZ**

AUTO No 168

EJECUTIVO 76-563-40-89-001-2021-00044-00

MI NOMBRE ES YONATHAN ESTIVEN SAA RAMIREZ CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1151954735 DE CALI VALLE Y ME DIRIJO ANTE USTED CON EL FIN DE EXPLICAR Y DESMENTIR LA ACUSACION QUE SE TIENE CONTRA MI DONDE SE DICE QUE YO (YONATHAN ESTIVEN SAA RAMIREZ DESDE LA FECHA (28-03-2020) HASTA (28-01-2021) y (junio y diciembre de 2020) NO ME ENCONTRABA RESPONDIENDO POR MI HIJO EL NIÑO (SAMUEL MATHIAS SAA DIAZ) EN ESTA MEMORIA QUE SE HACE ENTREGA HAY EVIDENCIA DE QUE NO ERA ASI Y QUE SI ESTABA RESPONDIENDO POR MI HIJO, DEBO SER CONSCIENTE TAMBIEN DE QUE NO ERA LA SUMA ESTIPULADA POR EL SEÑOR COMISARIO PERO TAMBIEN SOY CONCIENCTE DE QUE DURANTE ESTE TIEMPO QUE SE MENCIONA ATERIORMENTE MI SITUACION ECONOMICA NO FUE LA MEJOR DEVIDO A QUE ME ENCONTRABA CON MUCHOS PROBLEMAS DE SALUD POR LOS CUALES ESTUVE A MUY POCO DE PERDER MI TRABAJO DEBIDO A TANTAS INCAPACIDADES Y TANTOS PERMISOS PARA PODER ASISTIR A DICHAS CITAS (ADJUNTO INCAPACIDADES HE HISTORIAS CLINICAS), YA HAN DE SABER DE QUE DURANTE ESTE TIEMPO MENCIONADO ESTABAMOS EN INICIO DE LA PANDEMIA QUE ORIGINO EL COVID 19 Y POR LO CUAL ESTUVE ALREDEDOR DE 3 VECES PARA UN TOTAL DE 40 DIAS (EN AISLAMIENTO PREVENTIVO) DONDE EL SALARIO DE NINGUNA MANERA CUBRIA LOS MAS MINIMOS GASTOS PERO AUN ASI CUMPLIA NO DESAMPARABA A MI HIJO EN NINGUN MOMENTO, TAMBIEN HAY PRUEBAS ABJUNTADAS DONDE YO FUI EN MUCHAS OCACIONES A LA COMISARIA CON EL FIN DE SOLICITARLE A EL SEÑOR COMISARIO QUE POR FAVOR ME AYUDARA CON LOS PEMISOS PARA PODER PASAR MAYOR TIEMPO CON MI HIJO YA QUE LA MAMA DE NINGUNA MANERA LO ACEPTABA Y TERMINE SIENDO PERJUDICADO YO PORQUE NO SE LOGRARON DICHOS PERMISOS PERO SI ME AUMENTARON LA CUOTA ALIMENTARIA CABE MENCIONAR DE QUE DURANTE EL TIEMPO QUE MI CUOTA ERA 198.000 NUNCA TUVE PROBLEMAS CON LA CUOTA ALIMENTARIA DE MI HIJO (TAMBIEN ABJUNTO DOCUMENTOS QUE COROBAN LO CONTRARIO) EN ESTA MEMOTIA TAMBIEN ADJUNTO QUE DURANTE DICHO PERIODO MENCIONADO ANTERIOR MENTE LE HICE ENTREGA A LA SEÑORA



YENNI ANDREA DIAS RAMOS LA ENTREGA DE 1.100.000 Y HUBIERON OCACIONES EN LAS CUALES YO LE PEDIA QUE ME RESIVIERA ABONOS PARA NO ATRASARME TANTO CON LA CUOTA ALIMENTICIA YA QUE YO LOGRABA HACER RETIRO DE CESANTIAS PARA LO ANTERIOR Y LA SEÑORA DECIA QUE DE NINGUNA MANERA LO IBA HACER PORQUE EL ABOGADO LE DECIA QUE NO PORQUE ESO ERA NO LOGRAR SU COMETIDO DE EMBARGAR MI SALARIO ( TAMBIEN ABJUNTO PRUEBAS DE LO ANTERIOR) SEÑOR JUEZ TAMBIEN ABJUNTO DOCUMENTOS QUE CORROBORAN QUE EN 1 OCACION ME DIRIJI AL SEÑOR COMISARIO PARA PEDIRLE POR FAVOR ME REBAJARA LA CUOTA ALIMENTICIA A EL ANTERIOR VALOR QUE ERA DE 200.000 Y QUE YO ME HACIA RESPONSABLE DEL 50% DE RECREACION 50% DE EDUCACION 50% DE VESTIMENTA Y UN 100% DE LA SALUD YA QUE MI HIJO ESTA EN MI SEGURO MEDICO Y YO SOY QUIEN COMPRA LOS MEDICAMENTOS QUE NECESITA CUANTO ESTA ENFERMO Y SON NO POS MIENTRAS QUE EL VALOR ACTUAL ES DE 290.000, LA CUOTA SUBIO 90.000 MAS MENSUALES Y MI SALARIO ESE AÑO SOLAMENTE HABIA SUBIDO 40.000 MENSUALES PERO DICHA PETICION NO FUE APROVADA, TAMBIEN CABE RESALTAR DE QUE YO SOY LA PERSONA QUE RESPONDE EN TODOS LOS HAMBITOS POR LA NIÑA DANNA ISABELLA GOMEZ ANDRADE HIJA DE MI PAREJA ACTUAL YA QUE SU PADRE FALLECIO HACE YA TRES AÑOS Y DESDE ENTONCES SOY YO QUIEN BREGO PARA QUE TENGA TAMBIEN UNA VIDA DIGNA AL IGUAL QUE MI HIJO. SEÑOR JUEZ ME GUSTARIA QUE DE ANTE MANO ME DIERA LA OPORTUNIDAD DE PRESENTARME ANTE USTED CON EL FIN DE MOSTRAR MAS PRUEBAS QUE RATIFIQUEN LO ANTERIAMENTE DICHO.

(A MI HIJO LE HE COMPRADO MUCHAS COSAS (CICLA, CAMA, ROPA, REGALOS DE NIÑO DIOS) LAS CUALES NO ME IMPORTA GASTARLAS PORQUE PARA ESO ME TIENE A MI, AQUÍ EL UNICO PROBLEMA ES QUE ELLA DICE QUE HASTA NO VERME SIN TRABAJO O EN LA CARCEL NO SE VA A QUEDAR QUIETA Y SE APROVECHA DE SU CONDICION DE MUJER PARA LOGRARLO)

DE ANTE MANO AGRADEZCO POR SU ATENCION PRESTADA

Y QUEDO PENDIENTE A CUALQUIER RESPUESTA DE SU PARTE

MI NUMERO DE CELULAR ES 3207788089

Jhonatan\_saa 94 @ hotmail. Com  
FIRMA

Yonathan Saa Ramirez  
**YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ**  
**CC.1151954735**



No.

Por S.

Fecha

Recibi de Yonathan Saa Ramirez

La suma de

Por concepto de alimentacion Samuel Mathias Saa Dias (abono)

Recibi 

No.

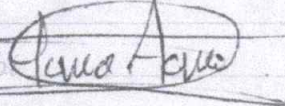
Por S.

Fecha

Recibi de Yonathan Saa Ramirez

La suma de

Por concepto de Pension alimenticia (abono) Samuel Mathias Saa

Recibi 

No.

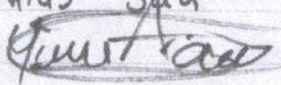
Por S.

Fecha

Recibi de Jonatan Saa Ramirez

La suma de

Por concepto de Pension Alimenticia de Samuel mathias Saa

Recibi 















**TIENDAS ARA**

Jerome Martins Colombia S.A.S.

Tel: 001 480 569-1

GRAN CENTRO E.U. N.E. Res. 12635/1

REGIMEN COMUN

Somos Agentes de Retención de IVA

Tienda No. 0431

C. 7 de 11-21

Artículo	Descripción	Valor
02000000022703	BANANO X 1.575 KGM X	087 E
070201046337	BANANO X 1.575 KGM X	2.790 G
07000000922703	BANANO X 1.575 KGM X	294 G
077021046337	BANANO X 1.575 KGM X	2.450 G
077021046337	BANANO X 1.575 KGM X	1.290 G
07704269114241	BANANO X 1.575 KGM X	3.990 G
077021046337	BANANO X 1.575 KGM X	4.750 G
0421022703	BANANO X 1.575 KGM X	1.190 B
07704269114241	BANANO X 1.575 KGM X	3.580 B
07704269114241	BANANO X 1.575 KGM X	1.740
07704269114241	BANANO X 1.575 KGM X	13.990 G
02000000013657	PAQUETE MAIZ	4.990 E
07702004013675	PAQUETE MAIZ	4.990 C
02000000022727	RECIBO BOLSA	306 I
0770227707405	YAGUR BOLOZO	8.990 G
07702129014707	YAGUR BOLOZO	3.590 G
07704269115613	YAGUR BOLOZO	8.940 G
07704269115613	YAGUR BOLOZO	1.410
07704269115613	YAGUR BOLOZO	3.990 D
0770078006072	PAQUETE MAIZ	8.990 G
07704269116202	PAQUETE MAIZ	1.990 G
077021046337	PAQUETE MAIZ	5.450 G
<b>Total</b>		<b>90.717</b>

\*\* Tener en cuenta \*\*

100.000

17

306

190

1

10.950

0

797

190

1

10.950

0

306

51

306

FACTURA DE VENTA NRO 4311 353355

24 febrer 2020

RANGO 276002 - 849915

FACTURA DE VENTA NRO 4311 353355

**TIENDAS ARA**

Jerome Martins Colombia S.A.S.

Tel: 001 430 569-1

GRAN CENTRO E.U. N.E. Res. 9061/20

REGIMEN COMUN

Somos Agentes de Retención de IVA

Tienda No. 0431

C. 7 de 11-21

Artículo	Descripción	Valor
02000000022703	BANANO X 1.575 KGM X	245 G
07707304621063	BANANO X 1.575 KGM X	8.240 B
07704269114241	BANANO X 1.575 KGM X	10.740 B
02000000022727	BANANO X 1.575 KGM X	255 I
07702090055652	BANANO X 1.575 KGM X	4.990 C
07702277074663	BANANO X 1.575 KGM X	8.990 G
07702026179441	BANANO X 1.575 KGM X	5.990 B
07702001047437	BANANO X 1.575 KGM X	11.980 G
07702001047437	BANANO X 1.575 KGM X	5.990
07702396025650	BANANO X 1.575 KGM X	8.990 G
07704269114241	BANANO X 1.575 KGM X	1.990 G
07704269108554	BANANO X 1.575 KGM X	1.990 G
07704269112056	BANANO X 1.575 KGM X	1.990 G
07702024743354	BANANO X 1.575 KGM X	9.990 G
07705326077592	BANANO X 1.575 KGM X	4.990 G
<b>Total</b>		<b>81.420</b>

Total Descuentos: 1.000

**Total : 80.420**

Efectivo 100.000

Retenciones 30

Cambio: 19.550 \$

RESUMEN DE IVA

Tipo	Extra	Base/Imp	IVA
B= 0%	10.020	10.020	0
G=13%	4.193	4.193	797
G=19%	42.147	42.147	8.008
I= 0%	255	255	0

PROCESO DE BOLSA

Cant. Bolsa	Imp. Unitario	Imp. Total
5	51	255

Exoneraciones

Merca todo en A A  
MIL ACTIVO X 2550 1.000

AUT FISCAL 1875 006 42225 2 abril 2020

RANGO 1 - 27600

FACTURA DE VENTA NRO 4312 041691

Articulos Vendidos

ATENCIÓN POR: Juan D. Zambrano  
305016 202 02 20 17 16 0002 0002 0431







No.

[ ]

Por \$

200.000

Fecha

22 04 19

Recibi de Yonathan estiben Saa Ramiréz

La suma de 200.000 (Doscientos Mil Pesos)

Por concepto de Pensión alimenticia "Samuel Mathias"

Recibi

~~Yonathan Estiben Saa Ramiréz~~

No.

[ ]

Por \$

200.000

Fecha

18 05 19

Recibi de Yonathan Saa Ramiréz

La suma de 200000 Doscientos Mil Pesos

Por concepto de Pensión alimenticia Samuel Mathias  
Saa d.95

Recibi

~~Yonathan Saa Ramiréz~~

No.

des Junio

Por \$

200000\$

Fecha

17 06 19

Recibi de Yonathan estiben Saa Ramiréz

La suma de 200.000 Doscientos Mil Pesos

Por concepto de Mensualidad alimenticia (Samuel Mathias  
Saa)

Recibi

~~Yonathan Estiben Saa Ramiréz~~



No. [ ]

Por \$ 200.000

Fecha 17 07 19

Recibi de Yonathan Saa Ramirez

La suma de 200.000 Doscientos Mil Pesos

Por concepto de alimentacion Samuel Mathias Saa

Recibi. ~~Yonathan Saa~~

No. [ ]

Por \$ 200.000

Fecha 16 08 19

Recibi de Yonathan Saa Ramirez

La suma de 200000 Doscientos Mil Pesos

Por concepto de Mensualidad alimentaria Para Samuel Mathias Saa

Recibi. ~~Yonathan Saa~~

No. [ ]

Por \$ 200.000

Fecha 16 09 19

Recibi de Yonathan estiven Saa Ramirez

La suma de Doscientos Mil Pesos (200000)

Por concepto de Pensión alimenticia de Samuel Mathias Saa Dias

Recibi. ~~Yonathan Saa~~



No.

Por \$

Fecha 16 11 19

Recibi de Yonathan estiben saa Ramirez

La suma de 200000 Doscientos mil Pesos

Por concepto de alimentacion Samuel Mathias saa Ramirez

Recibi ~~Yonathan~~

No.

Por \$

Fecha 17 12 2019

Recibi de Jhonatan saa Ramirez

La suma de 200.000 (Dociemos mil pesos)

Por concepto de pensión alimentaria Samuel saa Diaz

Recibi yeni ANDREA

No.

Por \$ 200.000

Fecha 18 01 2020

Recibi de Jonatan saa Ramirez

La suma de DociENTOS mil pesos

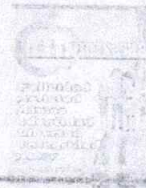
Por concepto de Pensión Alimenticia de Samuel mathias saa

Recibi ~~Yonathan~~





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
ALCALDÍA MUNICIPAL  
PRADERA - VALLE DEL CAUCA  
SECRETARÍA DESARROLLO SOCIAL  
COMISARÍA DE FAMILIA



CODIGO 140-15-07-2019

CITACION No. 001

Pradera Valle, marzo 09 de 2020.

Señora  
Yenny Andrea Díaz Ramos.  
Calle 2 No. 2-26.  
B/ Berfin.  
Pradera Valle del Cauca.

Cordial Saludo:

En mi condición de Comisario de Familia y garante de los derechos fundamentales de los niños, niñas, adolescentes y juventud, muy respetuosamente me permito solicitar su valiosa presencia para realizar audiencia.

FECHA: 16 de marzo de 2020.

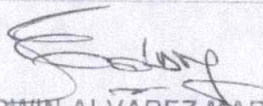
ASUNTO: Disminución cuota de alimentos e incumplimiento de las visitas

CITANTE: Jonathan Stiven Saa Ramírez.

HORA: 3:00 P.M.

LUGAR CARRERA 8 N° 7-65 CASA DE JUSTICIA

REQUISITOS: Fotocopia de la cedula de ciudadanía.

  
EDWIN ALVAREZ MARTINEZ  
Comisaria de Familia.





IPS : SIRAD  
NIT : 900218138-1

PAGINA 1 DE 1

CALLE 18 NRO 3-44 PBX 4864464 CALI - COLOMBIA

INFORME : ECOGRAFIA

IDENTIFICACION CC 1151954735

SOLICITUD: 04 diciembre 2020

ORDEN: 450798

PACIENTE : YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ

SEXO: M

CLIENTE :

NUEVA EPS

ESTUDIO : ECOGRAFIA HOMBRO

MEDICO

CRISTHIAN D RODRIGUEZ B

ULTRASONOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO

RESULTADO :

### ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO DERECHO

Se ha efectuado estudio con equipo ecográfico en tiempo real, de alta definición de imagen, utilizando transductor lineal de 10.0 MHz específico para tejidos superficiales, observándose:

El tendón de la porción larga del bíceps se encuentra dentro de la corredera bicipital sin signos inflamatorios asociados.

Tendón del infra espinoso sin alteraciones para señalar.

Tendón supraespinoso de grosor normal, homogéneo, sin áreas de calcificaciones. No hay líquido libre peri-tendinoso.

Tendón subescapular con aumento de volumen, cambios en la ecogenicidad, presencia de gruesas calcificaciones en su interior sin presencia de líquido peritendinoso.

A nivel de la articulación acromioclavicular con cambios en la ecogenicidad y presencia de líquido en su interior.

#### OPINIÓN

TENDINITIS DEL TENDON DEL SUBESCAPULAR DERECHO  
BURSITIS DE HOMBRO DERECHO

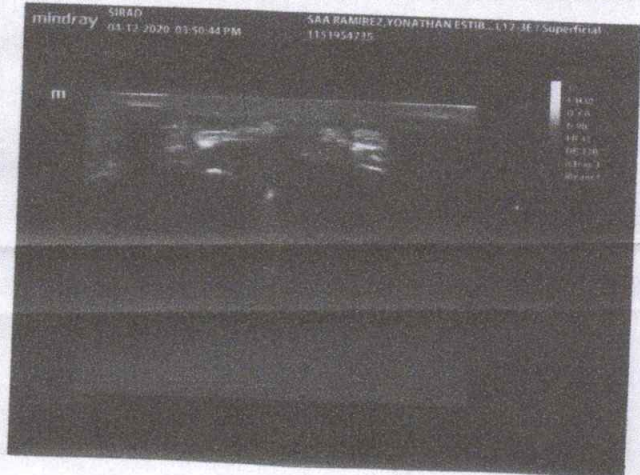
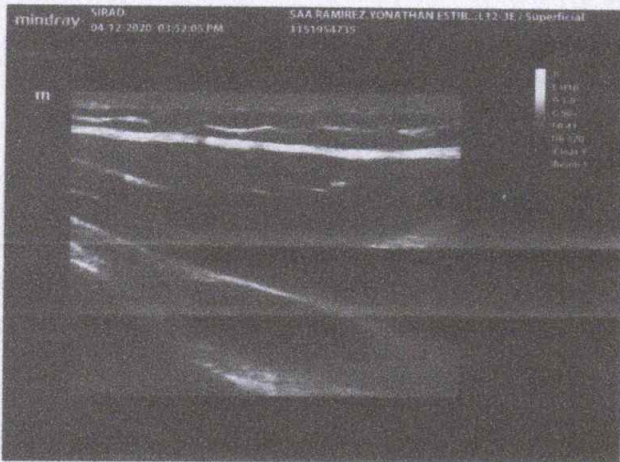
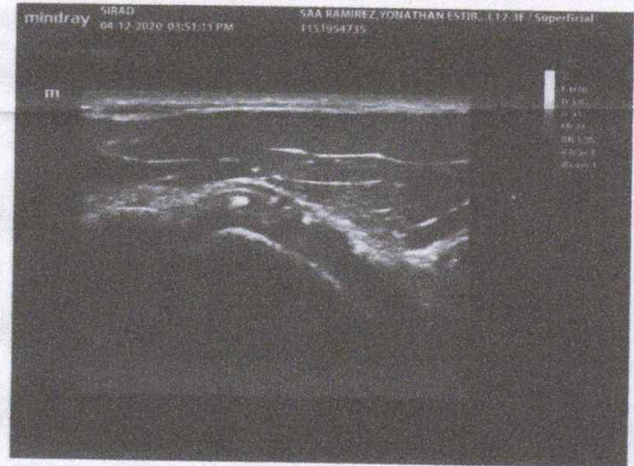
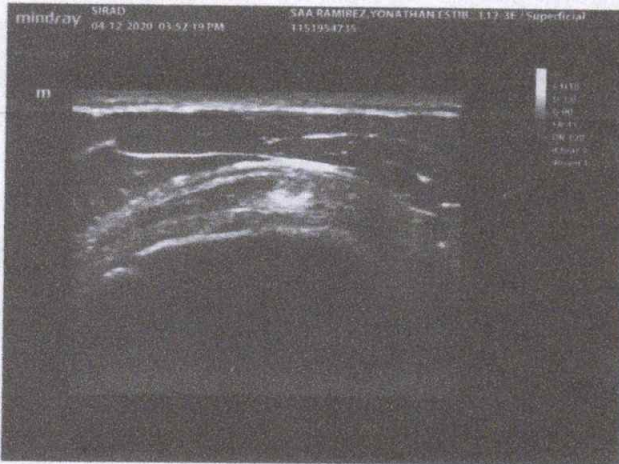
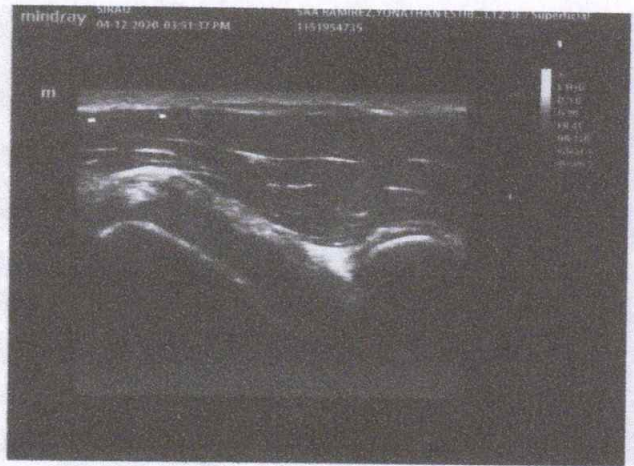
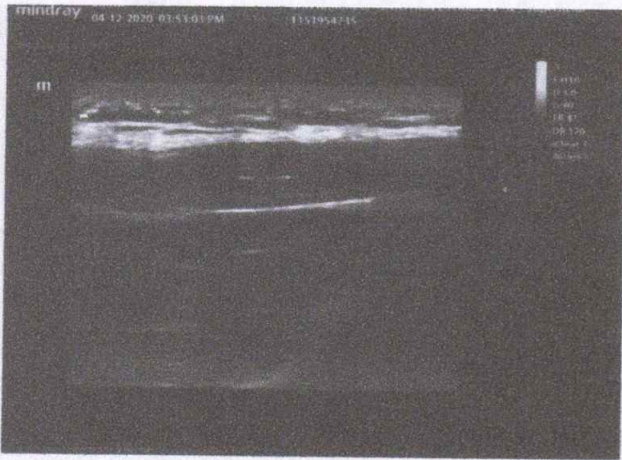
PACIENTE : YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ

PAGINA 1 DE 1

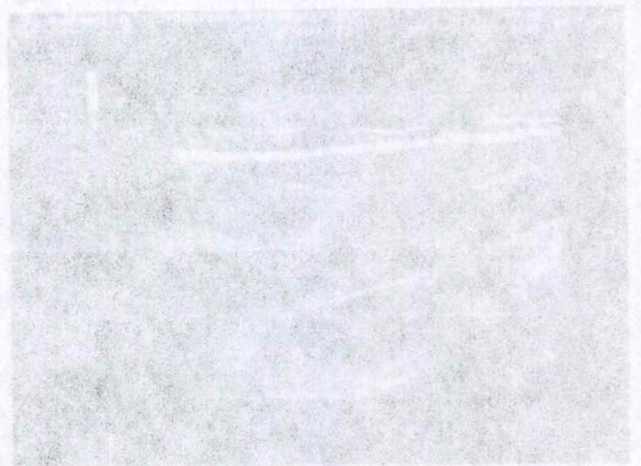
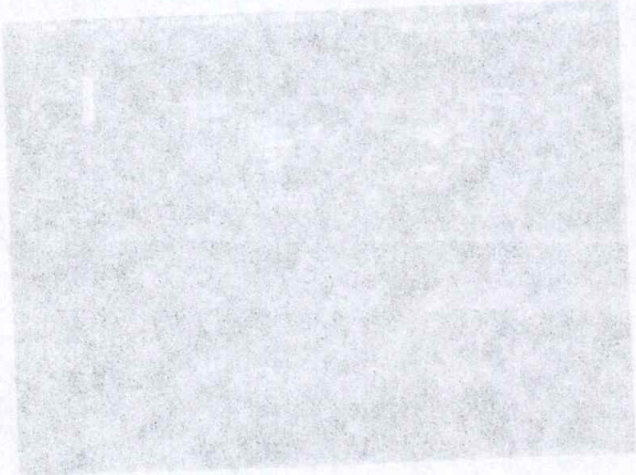
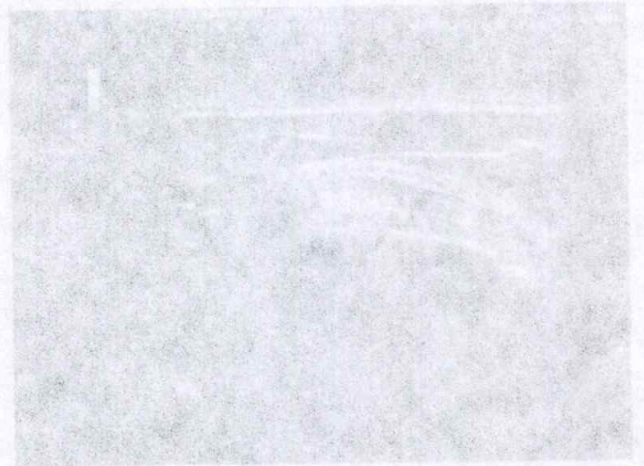
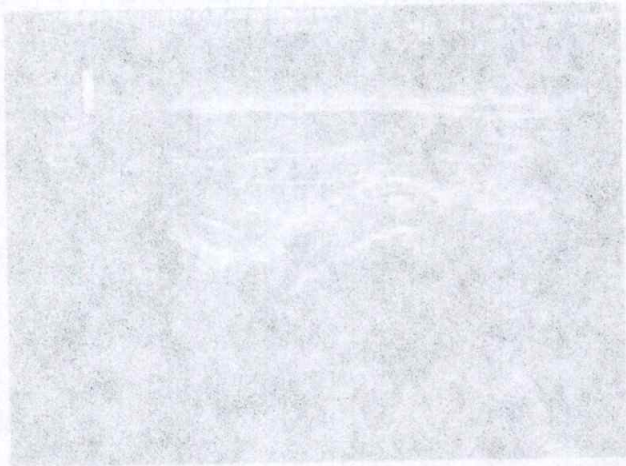
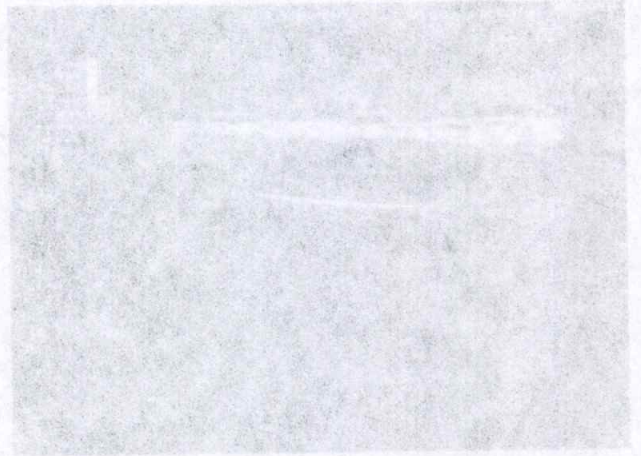
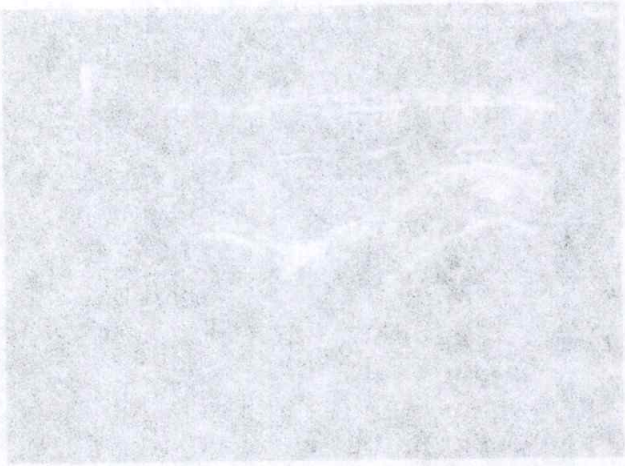
IMPRESO : 04/12/2020 15:43:50

JIMENA BASTIDAS ROJAS  
RADIOLOGA - REGISTRADA 59176200











CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

No. Incapacidad:	12756279	Fecha Expedición:	2020-07-24	Ciudad:	PALMIRA
<b>DATOS AFILIADO</b>					
Nombre Afiliado:	YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ			Id:	CC-1151954735
Empresa donde labora:	MANUELITA S.A.			Id:	NI-891300241
<b>DATOS INCAPACIDAD / LICENCIA</b>					
Origen:	ENFERMEDAD GENERAL			Días solicitados:	2
Diagnóstico principal:				Código:	J00X
Diagnóstico secundario:				Código:	
Prorroga ?	NO	Accidente de tránsito?	NO	Fecha Accidente:	
Fecha inicial:	2020-07-24	Fecha Final:	2020-07-25	Días autorizados:	2
				Días acumulados:	2
<b>DATOS DEL MÉDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO</b>					
Nombre Profesional:	IVONNE KATHERINE MEDINA			Reg. Profesional:	1113664905
Especialidad:	MEDICINA GENERAL			Ciudad Prestador:	PRADERA
Razón Social prestatario:	CLINICA SANTA HELENA - P P R			Id:	NI-900195454
<b>RECONOCIMIENTO ECONÓMICO</b>					
Días reconocidos:	0	% liquidación:	0	Tipo Salario:	VARIABLE
				IBC:	1,709,686
<b>NOTAS ACLARATORIAS</b>					
<p>Las prestaciones económicas correspondientes a los 2 primeros días de incapacidad originada por enfermedad general son a cargo del Empleador. (Decreto 2543 de 2013, Art. 1 parágrafo 1).</p>				<p>IVONNE KATHERINE MEDINA HERN Oficina: PALMIRA</p> <p>IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARIA S.A.S. NIT. 900.402.462-1</p>	
Mod. Febrero/2007		EMPLEADOR		EPS-FT-448	

24/7/2020

Imprimir Formula Medica

Formula Medica

Cooimea EPS - IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARIA SAS SEDE FLORIDA

Dirección: IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARIA SAS SEDE FLORIDA Teléfono: 000000

**Fecha de Expedición:** 24/07/2020      **Ciudad:** Florida      **Ordenamiento:** 26032      **Orden de servicio:** 1  
**Diagnostico:** J00X      **Afiliado:** CC-1151954735 - Yonathan Estiben Saa Ramirez      **Numero de Autorizacion (AT4):** 205254458  
**Ordenador:** Ivonne Katherine Medina Hernandez - RM.1113664905      **Rango:** 1      **Tipo Afiliado:** Cotizante  
**Tipo Ordenamiento:** Medicamentos      **Plan Adicional:**      **Regimen:** Contributivo  
**Finalidad:** Enfermedad General

Medicamentos:

Descripción

Descripción	Cantidad	Posología y Vía de Administración	Días
Acetaminofen Tableta 500 Mg	15(Quince)	Tomar Una Tableta Cada 8 Horas	5
Ibuprofeno Tableta 200 Mg (cod 21103 - Pfizer S.a.s.)	10(Diez)	Tomar Una Tableta Cada 12 Horas	5
Hidroxicina Tableta 25 Mg	10(Diez)	Tomar Una Tableta En La Noche	10

Recomendaciones:

NO VALIDO PARA FACTURAR, RECLAME SUS MEDICAMENTOS ANTES DE 30 DIAS DE LA FECHA DE EMISIÓN.



Historia: 168376876      Fecha Historia: 24/07/2020 07:38:20 am  
Identificación: CC 1151954735      Nombre Afiliado: Yonathan Estiben Saa Ramirez  
Edad: 25 Años      Sexo: Masculino      Estado Civil: SOLTERO      Rango: Rango 1 (estrato 1)  
Dirección: cra 11 - 1-71 bolito      Telefono: 3116422315  
Ciudad: Pradera      Tipo Afiliado: Cotizante  
Empresa: Manuelita S.a.      Cargo: Empleado Dependiente  
Centro Atención: Ips Odontologica Santa Maria Sas Sede Florida  
Profesional Médico: Ivonne Katherine Medina Hernandez  
Registro del Profesional Médico: 1113664905

### Situacion Actual

#### Causa de Consulta

Motivo De Consulta

"TRAIGO EXAMEN"

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA PARA PRESENTAR RESULTADO DE HEMOGRAMA  
24/07/2020 HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 3.80, NEUTROFILOS 41.89, HB 13.0, HCTO 41.63, PLAQUETAS 153

MANIFIESTA EL DÍA DE HOY CONTINUA CON CEFALEA, SUSPENDE ACETAMINOFEN ENVIADO EN ANTERIOR CONSULTA, Y SE AUTOMEDICA CON SEVEDOL, TAMBIÉN COMENTA CONGESTIÓN NASAL, INICIA EL DÍA DE AYER CON ARDOR EN LA GARGANTA.

ADEMÁS SE INTERROGA POR SÍNTOMAS RELACIONADOS A COVID 19: NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS, NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA FATIGA/ADINAMIA, NIEGA HISTORIAL DE VIAJE A ÁREAS CON CIRCULACIÓN DE CASOS DE ENFERMEDAD POR NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19), NIEGA ANTECEDENTES DE CONTACTO ESTRECHO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS CON UN CASO CONFIRMADO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19).

### Antecedentes

#### Antecedentes Personales

Hipertension : No  
Enfermedad Cerebro Vascular : No  
Infarto Del Miocardio : No  
Diabetes : No  
Enfermedad Renal Cronica : No  
Asma : No  
Tuberculosis : No  
Infeccion Por Vih/sida : No  
Alergia A Medicamentos : No  
Quirúrgicos : No  
Hospitalarios : No  
Traumas : No



IPS ODONTOLÓGICA  
SANTA MARÍA S.A.S  
NIT. 900.402.462-1  
Código: SM-PS-F-011

Adscrita a: **Cooameva** | EPS  
VERSIÓN: 01  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: MAYO-5-11

FECHA			CIUDAD	IDENTIFICACIÓN
DÍA	MES	AÑO		
17	07	2020	Palmira	1151954735

NOMBRE: Yonathan Estiben Saa  
 Hora de Cita: Dx B3A9  
 Hora de Salida: Dx B3A9

R/

INCAPACIDAD  
MEDICA

INICIA 17/07/2020  
 TERMINA 19/07/2020

IPS ODONTOLÓGICA  
SANTA MARÍA S.A.S  
NIT. 900.402.462-1

José Estiben Saa  
 Médico General  
 C.C.T. 1264905

FIRMA DEL RESPONSABLE

IPS ODONTOLÓGICA  
SANTA MARÍA S.A.S  
NIT. 900.402.462-1  
Código: SM-PS-011

Adscrita a: **Cooameva** | EPS  
VERSIÓN: 01  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: MAYO-5-11

FECHA			CIUDAD	IDENTIFICACIÓN
DÍA	MES	AÑO		
17	07	2020	Palmira	1151954735

NOMBRE: Yonathan Estiben Saa  
 Hora de Cita: Dx B3A9  
 Hora de Salida: Dx B3A9

R/

Se Solicita

Hemorragia

\* control con resultado

José Estiben Saa  
 Médico General  
 C.C.T. 1264905

FIRMA DEL RESPONSABLE



Historia: 168309227      Fecha Historia: 17/07/2020 10:38:29 am  
Identificación: CC 1151954735      Nombre Afiliado: Yonathan Estiben Saa Ramirez  
Edad: 25 Años      Sexo: Masculino      Estado Civil: SOLTERO      Rango: Rango 1 (estrato 1)  
Dirección: cra 11 - 1-71 bolito      Telefono: 3116422315  
Ciudad: Pradera      Tipo Afiliado: Cotizante  
Empresa: Manuelita S.a.      Cargo: Empleado Dependiente  
Centro Atención: Ips Odontologica Santa Maria Sas Sede Florida  
Profesional Médico: Ivonné Katherine Medina Hernandez  
Registro del Profesional Médico: 1113664905

### Situacion Actual

#### Causa de Consulta

Motivo De Consulta

TELECONSULTA

"HACE 3 DÍAS CON DOLOR DE CABEZA INTENSO Y FIEBRE"

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CONGESTIÓN NASAL, CEFALEA GLOBAL INTENSA, DOLOR RETRO OCULAR, DOLOR QUE SE IRRADIA A CUELLO Y HOMBROS, TEMPERATURA DE 37.6°C, NO MEJORA CON ACETAMINOFEN E IBUPROFENO, NIEGA TOS, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA DIGEUSIA, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA CONTACTO CON PERSONA SOSPECHOSA O POSITIVA PAR COVID 19.

### Antecedentes

#### Antecedentes Personales

Hipertension : No  
Enfermedad Cerebro Vascular : No  
Infarto Del Miocardio : No  
Diabetes : No  
Enfermedad Renal Cronica : No  
Asma : No  
Tuberculosis : No  
Infeccion Por Vih/sida : No  
Alergia A Medicamentos : No  
Quirurgicos : No  
Hospitalarios : No  
Traumaticos : No  
Tóxicos : Si  
    Especifique  
    Cigarrillo Semanal  
Depresion : No  
Observaciones Generales ~



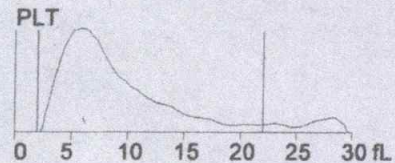
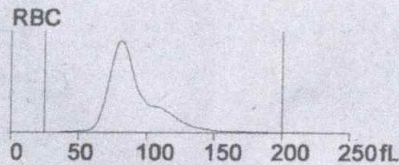
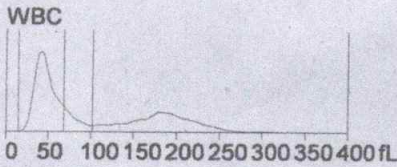
**CLINIDIAGNOSTICOS S.A.S.**  
**Reporte de Prueba**

Nombre: YONATHAN ESTIBEN SAA  
 Tipo: Sangre completa  
 Referencia: General

Sexo: Masculino  
 Edad: 25 años  
 Dept.: PARTICULAR

No.: \*1  
 Medico No.:  
 Cama No.:

Item	Resultado	Referencia	Nota
WBC	↓ 3.80 x10 <sup>3</sup> /uL	4.00-10.00	L
LYM#	1.78 x10 <sup>3</sup> /uL	0.80-4.80	
MID#	0.44 x10 <sup>3</sup> /uL	0.10-1.00	
GRA#	1.58 x10 <sup>3</sup> /uL	2.00-7.80	L
LYM%	46.73 %	20.00-50.00	
MID%	11.38 %	1.00-15.00	
GRA%	41.89 %	40.00-70.00	
RBC	4.55 x10 <sup>6</sup> /uL	4.09-5.74	
HGB	↓ 13.0 g/dL	12.00-17.40	L-
MCHC	31.22 g/dL	32.00-36.00	L-
MCH	28.57 pg	27.80-33.80	
MCV	91.51 fL	83.90-99.10	
RDW-CV	13.59 %	10.00-15.00	
RDW-SD	42.54 fL	35.00-56.00	
HCT	41.63 %	36.00-52.00	
PLT	153 x10 <sup>3</sup> /uL	150.00-450.00	
MPV	8.94 fL	7.00-11.00	
PDW	14.36 %	10.00-18.00	
PCT	0.14 %	0.10-0.50	
P-LCR	30.03 %	13.00-43.00	



Banderas: LF1

*Amanda Londono C.*  
 Cba. 2009  
 Bacteriologa

Solicitante:  
 Test Hora: 2020-07-18 11:23:23

Inspector: A L C

Verificador: 1 151 954 735  
 Imp fecha: 07/18/2020



11/12/2020

Orden

nueva

BREAK POINT V2008.1  
AUTORIZACION  
APOYO DIAGNOSTICO

IPS VIVIR  
Su Salud en sus Mejores Manos

Sede: IPS VIVIR PRADERA		ID: 1151954735	EDAD: 26 Años	Su Salud en sus Mejores Manos No: 6044272042 nos	
Paciente: YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ		Piso: CONTRIBUTIVO		Semana: 26 Rango: 1	
Centro: SANACION Y VIDA - PRADERA		Telefono: 4850597		Sede Afiliado: IPS VIVIR PRADERA	
Tipo de Usuario: COTIZANTE		Diagnóstico: J00X			
Solicitado por: SEBASTIAN LOZANO BARBOSA					
Especialidad: SANACION Y VIDA PRADERA					
Dirección: CRA 11 # 7-39 B/ CENTRO					

CODIGO	PROCEDIMIENTO	NOTA/ACLARATORIA	TARIFA
801007	TERAPIA FISICA INTEGRAL		\$ 14,000
TOTAL			\$ 14000

Cobrar SOBREGO CUOTA MODERADORA POR VALOR DE \$ 0

*Dr. Sebastián Lozano B.*  
Médico General  
R.M. No. 1.116.264 G

Entregado Por: SEBASTIAN LOZANO BARBOSA

NOTAS: 0  
Válido para recibir servicios desde: 2020-12-11 Hasta: 16-01-21

Validez de la Orden: 150 días. Venció: 2021-06-08

Estos servicios se deben facturar a: SANACION Y VIDA - PRADERA

Firma del Usuario



11/12/2020

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

nueva

IPS VIVIR  
Su Salud en sus Mejores Manos

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
IPS EXCLUSIVA SANACION Y VIDA - PRADERA

Tipo Incapacidad: Ambulatoria  Hospitalaria

Consecutivo: 602103291 Nro. Incapacidad EPS: 6450763  
Fecha Expedición: 11/12/2020 16:05 PM Ciudad: PRADERA

Datos afiliado		ID:	CECULA DE CIUDADANIA - 1151954735
Nombre del afiliado:	YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ	IC:	NT - 891800241
Empleador:	MANUELA SA	Estado Incapacidad:	AUTORIZADA
Tipo cotizante:	DEPENDIENTE		

Datos Incapacidad/Recepción		Días solicitados:	2
Contingencia:	Enfermedad General	Procedimiento estético decreto 047/2000 art 3:	NO
Días en letargo:	005	Fecha final:	12/12/2020
Diagnóstico:	J00X	Días acumulados:	0
Fecha inicio:	11/12/2020	ISL:	1385399
Promesa:	N		
Observación:			

Datos del médico o IPS prestador del servicio		Preg. Profesional:	1116264996
Nombre profesional:	SEBASTIAN LOZANO BARBOSA	Ciudad prestador:	PRADERA
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	ID:	9805170
Razón social prestatario:	IPS ADSCRITA NUEVA EPS CALI		

Numero autorización para descuento en aportes: 1334986  
Consecutivo de autorización: 5  
Días autorizados: 2 Valor Autorizado: \$ 61.621,80

*Dr. Sebastián Lozano B.*  
Médico General  
R.M. No. 1.116.264 G

Firma Médico

Num Autorizado: 1334986, Valor Autorizado: 61621.80

Señor(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado están sujetos a verificación, por lo tanto, estos pueden ser modificados.


Señor(a) aportante, si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podrá realizarlo a través de nuestro portal web [www.nuevaeps.com.co](http://www.nuevaeps.com.co) o en su ciudad en la oficina de atención más cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operación, deberá adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez:

Persona Jurídica: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia del RUT y del representante legal registro de Cámara y Comercio (original no mayor a 30 días) o certificado de existencia y representación legal, además de la certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador y una certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

No. Incapacidad: 12705159		Fecha Expedición: 2020-05-13		Ciudad: PALMIRA	
<b>DATOS AFILIADO</b>					
Nombre Afiliado: YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ			Id: CC-1151954735		
Empresa donde labora: MANUELITA S.A.			Id: NI-891300241		
<b>DATOS INCAPACIDAD / LICENCIA</b>					
Origen: ENFERMEDAD GENERAL					
Diagnóstico principal:				Días solicitados: 2	
Diagnóstico secundario:				Código: B349	
Prorroga? NO				Código: R51X	
Accidente de tránsito? NO				Fecha Accidente:	
Fecha inicial: 2020-05-13		Fecha Final: 2020-05-14		Días autorizados: 2	
				Días acumulados: 2	
<b>DATOS DEL MÉDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO</b>					
Nombre Profesional: IVONNE KATHERINE MEDINA			Reg. Profesional: 1113664905		
Especialidad: MEDICINA GENERAL			Ciudad Prestador: PRADERA		
Razón Social prestador: Clínica Santa Helena - P P R			Id: NI-900195454		
<b>RECONOCIMIENTO ECONOMICO</b>					
Días reconocidos: 0		% liquidación: 0		Tipo Salario: VARIABLE	
IBC: 0					
<b>NOTAS ACLARATORIAS</b>					
<p>El ingreso Base de Cotización (BC) correspondiente al periodo base de liquidación no se encuentra registrado. Le será enviado por correo el documento en el cual se indica el resultado de las liquidaciones que en el momento no se pueden efectuar. / Las prestaciones económicas correspondientes a los 2 primeros días de incapacidad originada por enfermedad general son a cargo del Empleador. (Decreto 2943 de 2013, Art. 1 párrafo 1). /</p>				<p><b>IVONNE KATHERINE MEDINA HERN</b>                  Oficina: PALMIRA                  Firma autorización Eps  </p>	

Mod. Febrero/2007.

EMPLEADOR

EPS-FT-446



7/12/2020

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
EPS EXCLUSIVA S.A. NUEVA EPS - PRADERA  
Consecutivo: 02097162  
Fecha Expedición: 07/12/2020 17:56 PM

Tipo Incapacidad: Ambulatoria  Hospitalaria

Nro. Incapacidad EPS: 6441034  
Ciudad: PRADERA

Datos afiliado  
Nombre del afiliado: YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ ID: CEDULA DE CIUDADANIA - 1151954735  
Empleador: MANUELITA SA ID: NT - 891300241  
Tipo cotizante: DEPENDIENTE Estado Incapacidad: TRANSCRITA

Datos incapacidad/licencia  
Contingencia: Enfermedad General Dias solicitados: 3  
Dias en letras: TRES Procedimiento estetico: NO  
Diagnóstico: J00X decreto 047/2000 art 3:  
Fecha inicial: 07/12/2020 Fecha final: 09/12/2020  
Promopa: N Dias acumulados: 0  
Observación: IBL: G

Datos del médico o IPS prestador del servicio  
Nombre profesional: MARA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Reg. Profesional: 1113675661  
Especialidad: MEDICINA GENERAL Ciudad prestador: PRADERA  
Razón social prestatario: IPS ADSCRITA NUEVA EPS CAJ ID: 900517017

INCAPACIDAD TRANSCRITA

Señor(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado están sujetos a verificación, por lo tanto, estos pueden ser modificados.

Señor(a) aportante, si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podrá realizarlo a través de nuestro portal web [www.nuevaeeps.com.co](http://www.nuevaeeps.com.co) o en su ciudad en la oficina de atención más cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operación, deberá adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez:

Persona Jurídica: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia del RUT y del representante legal, registro de Cámara y Comercio (original no mayor a 30 días) o certificado de existencia y representación legal, además de la certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador y una certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Firma Médico



## HISTORIA CLINICA

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

#### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ	Documento de identificación:	1151954735
Fecha de Nacimiento:	01/08/1994	Edad:	26 Años
Municipio de origen:	PRADERA	Municipio de Residencia:	PRADERA
Estado Civil:	Soltero	Estrato:	2
Escolaridad:	BASICA SECUNDARIA	Ocupación:	Estudiante
Etnia:	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad:	Sin Discapacidades
Desplazado:	No	Familias en Acción:	No
Dirección:	CALLE 8 10 20	Teléfono:	311-6422
Sexo:	MASCULINO	Religión:	Católica
Celular:	(311) 642-2315	Correo electrónico:	JHONATAN_SAA94@HOTMAIL.COM

### ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: NIEGA

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

Farmacológicos: NIEGA

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

Quirúrgicos: NIEGA

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

Traumatológicos: NIEGA

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

#### ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

#### ANTECEDENTES ALERGICOS

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

#### IDENTIFICACION DE RIESGOS ESPECIFICOS

Sintomático respiratorio: NO

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

Mujer o menor víctima del maltrato: NO

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

Víctima de violencia sexual: NO

Profesional : CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305 Fecha : 27/11/2020

#### Historia de Incapacidades Médicas

Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Impresión	DÍ-as Inc.	DÍ-as Acum.	Médico
07/12/2020	09/12/2020	07/12/2020	3	0	MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ
27/11/2020	28/11/2020	27/11/2020	2	0	CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR



**ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 1 de consulta del: 27/11/2020 // Entidad: NUEVA E.P.S // Atención V**

Profesional : MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Registro: 1113675661 Fecha : 07/12/2020 15:18

Especialidad : MEDICINA GENERAL

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Registro: 1113675661 Fecha : 07/12/2020 15:18

\* Dx Ppal: **J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

**RESUMEN Y COMENTARIOS**

MC: "TELECONSULTA: PORQUE ESTOY UN POCO ENFERMO"

SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA MODALIDAD TELEMEDICINA POR CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19, ME COMUNICO VIA TELEFONICA CON EL USUARIO A QUIEN ME PERMITO INFORMAR QUE DADA LA SITUACION DE COVID 19 COMO PANDEMIA, TENIENDO COMO MARCO LOS MANDATOS LEGALES QUE HA EMITIDO LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y ACOGIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL AISLAMIENTO SOCIAL PARA EVITAR PROPAGACION DEL VIRUS SE REALIZA TELECONSULTA, PREVIA ACEPTACION DE MODALIDAD POR PACIENTE YONATHAN ESTIBEN SAA RAMIREZ DE 26 AÑOS DE EDAD, QUIEN REFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CONGESTION NASAL, ODINOFAGIA, TOS SECA OCASIONAL, ASTENIA Y ADINAMIA, NIEGA CEFALEA, NIEGA ALZAS TERMICAS, NIEGA PERDIDA DEL GUSTO Y DEL OLFATO, SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES Y URINARIOS. NO RELATA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA SOSPECHA DE COVID-19. NO ES POSIBLE EXAMEN FISICO POR MODALIDAD DE LA CONSULTA PERO POR ANAMNESIS CONSIDERO PACIENTE CURSANDO CON POSIBLE CUADRO VIRAL, SE INDICA MANEJO SIMTOMATICO, SE DAN 3 DIAS DE INCAPACIDAD MEDICA. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA ADEMAS RECOMENDACIONES PARA PRESERVACION DE LA SALUD DISTANCIAMIENTO FISICO, LAVADO DE MANOS Y USO DE TAPABOCAS.

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: **ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **20**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS**

Enviado por Profesional : MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Registro: 1113675661 Fecha : 07/12/2020 15:18

Medicamento: **ACIDO ASCORBICO 500 MG (TABLETA MASTICABLE) TABLETA MASTICABLE**

Cantidad: **10**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA DIA**

Enviado por Profesional : MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Registro: 1113675661 Fecha : 07/12/2020 15:18

Medicamento: **KETOTIFENO 1 mg/5 mL (JARABE) JARABE**

Cantidad: **1**

Dosificación: **TOMAR 1 CUCHARADA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS**

Enviado por Profesional : MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Registro: 1113675661 Fecha : 07/12/2020 15:18

Medicamento: **LORATADINA 10 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **10**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DIAS**

Enviado por Profesional : MAIRA ALEJANDRA BAHAMON SANCHEZ Registro: 1113675661 Fecha : 07/12/2020 15:18

FIN IMPRESION DE PAGINA



CLINIDIAGNOSTICOS S.A.S.

Reporte de Prueba

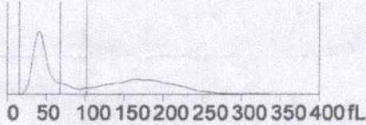
Nombre: YONATHAN ESTIBEN SAA  
 Tipo: Sangre completa  
 Referencia: General

Sexo: Masculino  
 Edad: 25 anos  
 Dept.: PARTICULAR

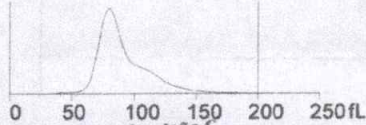
No.: 4  
 Medico No.:  
 Cama No.:

Item	Resultado	Referencia	Nota
WBC	5.86 x10 <sup>3</sup> /uL	4.00-10.00	
LYM#	2.52 x10 <sup>3</sup> /uL	0.80-4.80	
MID#	0.47 x10 <sup>3</sup> /uL	0.10-1.00	
GRA#	2.87 x10 <sup>3</sup> /uL	2.00-7.80	
LYM%	42.93 %	20.00-50.00	
MID%	8.06 %	1.00-15.00	
GRA%	49.01 %	40.00-70.00	
RBC	4.93 x10 <sup>6</sup> /uL	4.09-5.74	
HGB	14.6 g/dL	12.00-17.40	L-
MCHC	32.27 g/dL	32.00-36.00	L-
MCH	29.60 pg	27.80-33.80	
MCV	91.74 fL	83.90-99.10	
RDW-CV	13.53 %	10.00-15.00	
RDW-SD	42.47 fL	35.00-56.00	
HCT	45.25 %	36.00-52.00	
PLT	240 x10 <sup>3</sup> /uL	150.00-450.00	
MPV	8.41 fL	7.00-11.00	
PDW	15.85 %	10.00-18.00	
PCT	0.20 %	0.10-0.50	
P-LCR	25.62 %	13.00-43.00	

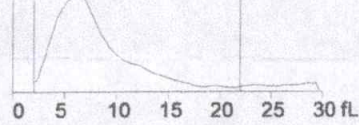
WBC



RBC



PLT



Banderas: LF1

*Amanda Londoño C.*  
 Chm. 2009  
 Biopatóloga

Solicitante:  
 Test Hora: 2020-05-14 11:33:08

Inspector: A L C

Verificador: C.C. 1.151.954.735  
 Imp fecha: 05/14/2020





**CENTRO DE EXCELENCIA CLINICA  
SANTA HELENA LTDA**



SC-CER469831

# INCAPACIDAD

Ciudad <i>Progreso</i>	Fecha de Expedición <i>Maya 14/20</i>	No. Incapacidad <i>3134</i>
---------------------------	--	--------------------------------

**Datos Afiliado**

Primer Apellido <i>Saa</i>	Segundo Apellido <i>Ramirez</i>	1 Nombre <i>Jonathan</i>	2 Nombre <i>Estiben</i>	Tipo Identificación <i>001111914731</i>	Identificación
-------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--	----------------

**Datos de Incapacidad**

Diagnostico Primario <i>Inf viral no especificada</i>	Código Diagnostico
Diagnostico Secundario	Código Diagnostico

Fecha Inicio Incapacidad <i>Maya 14/20</i>	Fecha Final Incapacidad <i>Maya 12/20</i>	Tipo de Incapacidad <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria		Prorroga
---	--	--	--	----------

Días Autorizados <i>2 días</i>	En Letras <i>"dos"</i>	Origen Incapacidad <input checked="" type="checkbox"/> EGM <input type="checkbox"/> ATEP <input type="checkbox"/> Licencia Maternidad			Días Acumulados Prorrogas
-----------------------------------	---------------------------	--	--	--	---------------------------

Incapacidad santa helena 04/17 DV

*2 días "dos"*  
*2 días "dos"*

\_\_\_\_\_  
Medico Tratante

\_\_\_\_\_  
Auditor Medico  
Sello

Reg. Medico No. \_\_\_\_\_ Sello