

SOLICITUDES - CERTIFICADOS - INCAPACIDADES
TRABAJAMOS CON AMOR POR LA VIDA

Fecha: 14/07/2023 Nombres y Apellidos: Carlin Jeth Alado D.I. 1045130652

Incapacitado 15 días.

FI: 14/07/2023.

FF: 28/07/2023.

Nota: AD confirmo
con el exchange
formado nuevo

103764745
Firma y Sello del funcionario
Dr. Javier Galleja

FRSI-030

Historia Ginecobstétrica: previa PELARCA

Transfusional: —

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL
LA MARÍA
WEDELLINATENCIÓN INICIAL
DE URGENCIAS

Historia No.: 1045138632

Palacio Mosquera
Primer Apellido Segundo Apellido
Yarlym Julieth
NombresEDAD Años Meses
34

SEXO

M

F

FECHA

DÍA

MES

AÑO

HORA

14

7

23

11:05

SEGURIDAD SOCIAL

Coosalu

TELÉFONO:

312 8924599

TELÉFONO:

300 8002439

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

ACOMPAÑANTE: Eliana Mosquera (Madre)

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor en la pierna

MC-ENFERMEDAD ACTUAL:

HORA: 11:19

TRIAGE:

I

II

III

IV

Femenina 34 años AP Anemia Felicitosa en Abrazos.
 Qx: Colestestancia, Arterioesclerosis con fractura porosa
 Dorsal. Se le acabó la naftalina ayer labor.
 No es posible por dolor, consultó por esto.

REVISIÓN DE SISTEMAS:

A. P. Patológicos:

NO REF

Anemia Felicitosa.

Historia Ginecoobstétrica:

NO

Alérgicos:

Negr.

Transfusionales:

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL:

Estupefacientes:

NO

Fumador:

NO

Licor: NO.

A. Familiares:

NO

EXÁMEN FÍSICO

P.A.:

110/70

F.C.:

74

F.R.:

17

T°:

36

Peso: 55.

Alardes Antalgicos, Dolor en pierna, etc.

Prácticamente en ausencia del pulmón por parte
 Alveolar. Considero lesión extensiva
 traumática.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

alta en traumatismo
 pulmonar

CONDUCTA:

103764745

Dr. J. J. G. G.
 J. J. G. G.

		FORMATO ACEPTACION - NEGACIÓN INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS	ARC-F-22 Act.01 2021.Jun28
Fecha de radicación:	#N/D	NO IDENTIFICACION USUARIO	
Fecha de respuesta:	27/07/2023	49653469	
No. de radicado:	37077695		
Reciba un cordial saludo en nombre de todo el equipo de COOSALUD EPS-S y reiteramos nuestro agradecimiento por su preferencia y confianza. De acuerdo con la solicitud de reconocimiento y pago de incapacidad me permito informar el estado de la misma:			
Causal de : Devolución	Devolucion Certificado medico_Incapacidad/Licencia_No cumple_lleno requisitos		
MARCO NORMATIVO			
Decreto 1427 Artículo 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, Deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo: 1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente 2. NIT del prestador de servicios de salud 3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) 4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada 5. Lugar y fecha de expedición 6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad. 7. Grupo de servicios: 8. Modalidad de la prestación del servicio: 9. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente 10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente 11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral) 12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral 13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad; 14. Prorroga: Si o No 15. Incapacidad retroactiva: Urgencias o internación del paciente 16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide			
Apreciado Usuario, se deja constancia que el horario para dar tramite a su solicitud de transcripción y reconocimiento de incapacidad y/o licencias es de Lunes a Viernes (días hábiles laborales) de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. A partir de lo anterior, si su solicitud fue radicada por fuera del horario establecido se tomará la fecha de radicación el día hábil siguiente a la recepción Por último, reiteramos la intención de servir siempre a nuestros usuarios y esperamos, de esta forma, haber dado respuesta satisfactoria a sus inquietudes. No obstante, de conformidad con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, esta EPSS debe hacer la advertencia que, frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por esta entidad, se puede elevar consulta ante la Superintendencia Nacional de Salud sin perjuicio de la competencia preferente que le corresponde como ente rector en materia de inspección, vigilancia y control.			
Cordialmente: Departamento de prestaciones económicas Funcionario:			



Informes Nómina Medellín <info.nominamde@crepesywafflesantioquia.com>

RV: INCAPACIDAD2023-07-19 [ref:_00D6A1kJnN._500PCYfVP:ref]

1 mensaje

Adriana Maria Rivera Gallego <adriana.rivera@crepesywaffles.com>

27 de julio de 2023, 12:11

Para: "info.nominamde@crepesywafflesantioquia.com" <info.nominamde@crepesywafflesantioquia.com>

Buenos días

para que tengan en cuenta

Cordial Saludo**Adriana Maria Rivera Gallego | Coordinadora de informes | Compañía de Alimentos Colombianos Calco S.A.**✉ Carrera 43A N° 25 A – 89, Medellín – Colombia | ☎ +57 (4) 3496810 Ext.4403 | 📧 adriana.rivera@crepesywaffles.com
adriana.rivera@crepesywaffles.com

🌱 Antes de imprimir este mensaje, asegúrese de que sea necesario. Crepes & Waffles comprometidos con el Medio Ambiente!

De: William Villadiego Jinette <wvilladiego@coosalud.com>**Enviado:** jueves, 27 de julio de 2023 10:57 a. m.**Para:** Adriana Maria Rivera Gallego <adriana.rivera@crepesywaffles.com>**Asunto:** INCAPACIDAD2023-07-19 [ref:_00D6A1kJnN._500PCYfVP:ref]

Reciba un cordial saludo en nombre de todo el equipo de COOSALUD EPS-S y reiteramos nuestro agradecimiento por su preferencia y confianza, que nos lleva a construir una alianza estratégica, con el fin de cumplir los objetivos propuestos, la promesa de servicio y brindar calidad de vida y bienestar a todos nuestros afiliados.

De acuerdo con la solicitud de reconocimiento, nos permitimos informar que no podrá ser culminado dado que no se cuenta con la información necesaria para el proceso de transcripción. La cual consta de lo siguiente:

DECRETO 1427 de 2022

Artículo 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, Deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:

1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente
2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:
 - Consulta externa
 - Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
 - Internación
 - Quirúrgico
 - Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:

- *Intramural*
- *Extramural unidad móvil*
- *Extramural domiciliaria*
- *Extramural jornada de salud*
- *Telemedicina interactiva*
- *Telemedicina no interactiva*
- *Telemedicina teleexperticia*
- *Telemedicina telemonitoreo*

9. *Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente*
10. *Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente*
11. *Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)*
12. *Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral*
13. *Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;*
14. *Prorroga: Si o No*
15. *Incapacidad retroactiva:*
- *Urgencias o internación del paciente*
 - *Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo*
 - *Evento catastrófico y terrorista.*
16. *Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide*

Certificado de incapacidad no presenta código cie10 del proceso patológico del afiliado

Por lo anterior, nos permitimos informar que, para finalizar la revisión, se hace necesario que la IPS corrija el certificado de incapacidad para que éste cumpla con la norma decreto 1427 de 2022 artículo 2.2.3.3.2; por ello, hemos solicitado a la IPS que realizó la atención en salud nos entregue documento corregido con los datos completos según normatividad vigente.

Es importante precisar que estamos sujetos a los tiempos de la IPS (Institución prestadora de Servicios). Por lo cual sugerimos muy respetuosamente si llegará a tener el certificado de incapacidad con los datos completos y acorde a la norma; genere una nueva solicitud con la totalidad de la documentación mencionados.

"Si presenta cualquier inquietud y/o inconveniente, en el proceso de incapacidades médicas y licencias podrá contactarnos en el correo prestacioneseco@coosalud.com donde en un término no mayor a 10 días hábiles atenderemos su solicitud.

Atentamente,

Willian Villadiego
Aux. Prestaciones económicas.

ref: _00D6A1kJnN._500PCYfVP:ref



ARC-F-22_FORMATO_ACEPTACION_NEGACION_INC_37077695.pdf

138K