

Santiago de Cali, Junio 12 de 2025

CD2: 15261

Señor(es):

SOCIEDAD PRIVADA DEL ALQUILER SAS
Cali

Correo electrónico: impuestos@spagrupoinmobiliario.com

Correo electrónico: recepcion@bienco.com.co

Asunto: Respuesta a su solicitud

En su comunicado usted solicita:

Me permito la presente para solicitar el reconocimiento económico correspondiente al pago de la incapacidad del colaborador CC1115093978 GONZÁLEZ LABRADA VALERIA.

La incapacidad inicia 20/05/2024 hasta el 23/04/2024, solicitamos que se inicie el proceso correspondiente para el reconocimiento y pago de la incapacidad ya que esta ha sido radicada anteriormente y no hemos recibido una respuesta positiva a este requerimiento.

A continuación, paso a dar respuesta a cada una de sus peticiones en el mismo orden arriba expuesto:

De acuerdo con su solicitud de reconocimiento económico por incapacidad temporal con fecha de inicio 20/05/2024 realizando las validaciones correspondientes se encuentra que la solicitud se encuentra en estado DEVUELTA por no cumplir con el contenido mínimo definido en el Decreto 1427 de 2022 y Decreto 2126 de 2023:

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:
 - 01 Consulta externa
 - 02 Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
 - 03 Internación
 - 04 Quirúrgico
 - 05 Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:
 01. intramural
 02. Extramural unidad móvil
 03. Extramural domiciliaria

- 04. Extramural jornada de salud
- 06. Telemedicina interactiva
- 07: Telemedicina no interactiva
- 08. Telemedicina tele experticia
- 09. 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:
 - 01 Urgencias o internación del paciente
 - 02 Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y Jugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
 - 03 Evento catastrófico y terrorista.
- 16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.

El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos previstos en el numeral 15 del presente artículo.

El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.

En su caso particular, se informa lo siguiente:

- 20240820-90685: No adjunta soportes.

Documentos Soporte de la Solicitud		
Acción	Tipo Documento	Nombre Archivo
No data available in table		

- 20241202-131095: Incapacidad no cumple con requisitos mínimos Decreto 1427/2022 no tiene los datos del médico tratante.

761110349501 - FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
BUGA - 236 1000 - 317 580 9671
Nit 891380054-1

INCAPACIDAD MEDICA

Nº. H. C. CC1115093978 PRORROGA NO
INICIA 20/05/2024 07:06:00 p. m. FINALIZA 23/05/2024

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	GONZALEZ LABRADA VALERIA	DOC. ID.	CC1115093978
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	14/10/1999
E. CIVIL	SOLTERO (A)	EDAD	24 Años
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	BUGA	BARRIO	UNINORTE
DOMICILIO	CARRER 8 NORE URBN LA ESNEDA CASA 52	TELEFONO	3103923085
CAUSA EXTERNA	ENFERMEDAD GENERAL	TIPO ATENCION	URGENCIAS
DIAGNOSTICO	M940 - SINDROME DE LA ARTICULACION CONDROCOSTAL [TIETZE]		
DX. RELACIONADO			
REGIMEN	CONTRIBUTIVO		
CONVENIO	SOS 2023 CONTRIBUTIVO		
GRUPO SERVICIOS	Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica		
MODALIDAD	Intramural	PRESUNTO ORIGEN	
INC. RETROACTIVA			

Se expide la presente incapacidad por (4) día(s) a partir del 20/05/2024 07:06:00 p. m. , debido a que el paciente presenta la siguiente patología:
PACIENTE CON MIGRAÑA Y SD DE TIETZE SE INDICA MANEJO CON RELAJANTE MUSCULAR POR LO QUE SE DA INCAPACIDAD

En cumplimiento de lo anterior, se solicita ajuste en el contenido del certificado de incapacidad y seguido de nuevo el proceso de radicación. Es importante tener en cuenta que la incapacidad fue generada por IPS no adscrita a la red de prestadores de SOS EPS y de acuerdo con los requisitos establecidos en el Decreto 1427 de 2022 y el Decreto 2126 de 2023, el proceso de radicación debe llevarse a cabo en un plazo máximo de 15 días hábiles a partir de la fecha de inicio de la incapacidad.

Es importante mencionar que Servicio Occidental de Salud – SOS EPS, tiene la disposición de brindar los servicios requeridos por sus usuarios afiliados, acorde a las coberturas del Plan de Beneficios en Salud–PBS y la normatividad vigente.

Adicionalmente puede contactarnos a través de nuestra Línea de Servicio al Cliente en Cali 489 8686 y desde otras ciudades 018000 938 777, la cual brinda información las 24 Horas.

Atentamente.



DEPENDENCIA TÉCNICA DE MEDICINA DEL TRABAJO
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD-EPS
Nacional: 018000938777 PBX (2) 4898686