RESOLUCIÓN No 448
(Diciembre 29 de 2016)

POR LA CUAL SE CONCEDEN LA SUSPENSIÓN DE UNAS VACACIONES

El Gerente (E) de la Empresa Social de Estado "Carmen Emilia Ospina ", en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución No 369 del 28 de Noviembre de 2016 se le concedió al Doctor **ALVARO JOHN TARAZONA DIAZ** identificado con la Cedula de Ciudadanía Numero 6.770.995, el periodo de vacaciones correspondientes entre 20 de noviembre de 2015 al 19 de Noviembre de 2016 quien se desempeña como **ODONTOLOGO** en la Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina", vacaciones que disfrutaría a partir del 30 de Diciembre de 2016 hasta 20 de Enero de 2017.

Que por Incapacidad medica No 2160 por enfermedad General otorgada por la EPS Sanitas, se hace necesario suspender a partir del 30 de Diciembre de 2016 el disfrute de estas vacaciones.

En virtud de lo anterior,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Suspender a partir del 30 de Diciembre de 2016, por Incapacidad Medica No 2160 por enfermedad General otorgada por la EPS Sanitas Medica a partir del 27 de Diciembre de 2016, el disfrute de las vacaciones concedidas mediante Resolución 369 del 28 de Noviembre de 2016 al Doctor **ALVARO JOHN TARAZONA DIAZ** identificado con la Cedula de Ciudadanía Numero 6.770.995, quien se desempeña como **ODONTOLOGO** en la Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina",

ARTICULO SEGUNDO: El funcionario disfrutara el tiempo de sus Quince (15) días hábiles de vacaciones a partir del 16 de Enero de 2017.

ARTICULO TERCERO: Modifíquese la Resolución 369 del 28 de Noviembre de 2016, en cuanto a la fecha de disfrute de vacaciones.

ARTICULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Neiva a los Veintinueve (29) días del mes de Diciembre de dos mil dieciséis (2016)

JORGE ENRIQUE ECHEVERRY S.
Gerente **(E)**

MARTHA CECILIA PUENTES A.
Gestor de Talento Humano.

PROYECTO: SILVIA OSORIO

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

RADICACIÓN DE INCAPACIDADES O LICENCIAS

Hoja ___ de ___

DATOS GENERALES

Nombre de la empresa	No. NIT	Ciudad	Dirección de la empresa
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	813005265-7	NEIVA	CARRERA 22 CON CALLE 26 SUR

Nombre de persona de contacto	Cargo	Teléfono fijo	Extensión	Celular	Correo electrónico
RITA CARDOZO	TALENTO HUMANO	8631818	6587		sur.rita@esecarmenemiliaospina.gov.co

INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO		INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA															
		[1] ORIGEN DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA					FECHA DE INICIO			[2] DOCUMENTOS PRESENTADOS							
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE Nombres y Apellidos	EG	LM	LRP	RP	No. DÍAS	DD	MM	AAAA	1	2	3	4	5	6	7	8	OBSERVACIONES
1 6.770.995	ALVARO JHON TARAZONA DIAZ	X				20	27	12	2016	X			X					
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

[1] ORIGEN DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA

Seleccione en este campo con una (x) una de las siguientes opciones, según corresponda:

- EG: Enfermedad General
- LM: Licencia de Maternidad
- LRP: Licencia Remunerada de Paternidad
- RP: Riesgo Profesional

[2] DOCUMENTOS PRESENTADOS

Si se requiere, seleccione en este campo con una (x) una de las siguientes opciones, según corresponda:

1. Original de prescripción médica
2. Certificado de nacido vivo
3. Copia registro civil de nacimiento
4. Historia Clínica
5. Copia reporte accidente de trabajo (FURAT)
6. Copia acta calificación enfermedad profesional de la ARP respectiva
7. Formato de investigación origen de la incapacidad
8. Solicitud de Licencia Prepario

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS SANITAS	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RADICA
	SELLO E.P.S. SANITAS Oficina Neiva Licencias Médicas 27 DIC 2016 RECIBIDO PARA VERIFICACION POR Karol Andrea Ospina

NOTA: Se deben relacionar y enviar únicamente las prescripciones de incapacidades o licencias de los funcionarios afiliados a la EPS Sanitas.

29-12-2016.

Reintegro 29/Enero 2017

E.P.S. Sanitas

RADICACIÓN DE INCAPACIDADES O LICENCIAS

Hoja ___ de ___

DATOS GENERALES

Nombre de la empresa	No. NIT	Ciudad	Dirección de la empresa
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	813005265-7	NEIVA	CARRERA 22 CON CALLE 26 SUR

Nombre de persona de contacto	Cargo	Teléfono fijo	Extensión	Celular	Correo electrónico
RITA CARDOZO	TALENTO HUMANO	8631818	6587		sur.rita@esecarmenemiliaospina.gov.co

INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO		INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA															
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE	[1] ORIGEN DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA				No. DÍAS	FECHA DE INICIO			[2] DOCUMENTOS PRESENTADOS							OBSERVACIONES
	Nombres y Apellidos	EG	LM	LRP	RP		DD	MM	AAAA	1	2	3	4	5	6	7	8	
1 6.770.995	ALVARO JHON TARAZONA DIAZ	X				20	27	12	2016	X			X					
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

[1] ORIGEN DE LA INCAPACIDAD O LICENCIA

Seleccione en este campo con una (x) una de las siguientes opciones, según corresponda:

- **EG:** Enfermedad General
- **LM:** Licencia de Maternidad
- **LRP:** Licencia Remunerada de Paternidad
- **RP:** Riesgo Profesional

[2] DOCUMENTOS PRESENTADOS

Si es requiere, seleccione en este campo con una (x) una de las siguientes opciones, según corresponda:

1. Original de prescripción médica
2. Certificado de nacido vivo
3. Copia registro civil de nacimiento
4. Historia Clínica
5. Copia reporte accidente de trabajo (FURAT)
6. Copia acta calificación enfermedad profesional de la ARP respectiva
7. Formato de investigación origen de la incapacidad
8. Solicitud de Licencia Preparto

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS SANITAS	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RADICA	SELLO
		RECIBIDO PARA VERIFICACION POR 27 DIC 2016 Karol Andrea Oficina Neiva Licencias Medicas EPS SANITAS

NOTA: Se deben relacionar y enviar únicamente las prescripciones de incapacidades o licencias de los funcionarios afiliados a la EPS Sanitas.

Oftalmolaser Sociedad de Cirugia del Huila S.A. - OFTALMOLASER SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL HU
NI 813010145
Direccion: CRA 7 # 19 - 10 B/QUIRINAL Telefono: 8723835

INCAPACIDAD No. 2160

PACIENTE: TARAZONA DIAZ ALVARO JHON **IDENTIFICACION:** CC 6770995
APB: E.P.S. SANITAS
CONTRATO: E.P.S. SANITAS CONTRIBUTIVO
GENERO: Masculino **EDAD:** 52 Años **HISTORIA CLINICA:** 6770995
EMPRESA:

DIAGNOSTICOS

FECHA	CODIGO	DIAGNOSTICO	ESPECIALIDAD	PROFESIONAL
27/12/16 10:15 a.m.	H110	PTERIGION	OFTALMOLOGIA	JOVEL WILSON

FECHA GENERACION 27/12/2016 10:49 a.m. **FECHA INICIAL** 27-dic-2016 **FECHA FINAL** 15-ene-2017 **TOTAL DIAS:** 20 (veinte)
MOTIVO: ENFERMEDAD GENERAL
INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA: 20 **DIAS:** (veinte) **PRORROGA** : NO
FECHA ACCIDENTE ó DX. E.P:

DESCRIPCION

MEDICO: JOVEL WILSON **IDENTIFICACION:** CC 12134990 **REGISTRO:** 8545

Dr. Wilson Javier Jovel
Cirujano Oftalmólogo
R.M. 8545 - 94

FIRMA MEDICO FIRMA PACIENTE

Usuario: JOVEL PLAZAS WILSON JAVIER
Fecha Impresion: 27/12/2016

rptIncapacidad.rpt

SANITAS PRESTACIONES ECONOMICAS

4100110007113

Fecha Impresion: 27/12/2016

Paciente: CC 6770995 TARAZONA DIAZ ALVARO JHON Edad: 52 a 11 m 11 d Sexo: Masculino

Estado Civil: CASADO(A) Ocupación: EMPLEADO Religión: No Manifiesta

Epicrisis generada para: E.P.S. SANITAS

Informacion de Ingreso

Día Ing: 27/12/16 8:26 a.m. Tp Adm: AMBULATORIO Triage: Sin Valoracion Día Sal:

EPICRISIS EMPRESA Y PACIENTE

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS - DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO - PTERIGIO NASAL OI

HORA INICIO - 10:15

HORA FINAL - 10:45

TIPO DE ANESTESIA - ANESTESIA LOCAL

CLASIFICACION DEL PROCEDIMIENTO - LIMPIA

PATOLOGIA - No

PROCEDIMIENTO - 103104 RESECCIÓN DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO §

PROCEDIMIENTO2 - 000 NO APLICA

HALLAZGOS - PTERIGO NASAL OI

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS - RECOEMNDACIONES:DESTAPAR EL OJO MAÑANA E INICIAR TRATAMIENTO, NO HACER FUERZA, EVITE HACER USO DE PISCINAS ,NO AGACHARSE, NO LEVANTE OBJETOS PESADOS,.CUMPLA CONE LTRATAMIENTO ORDENADO POR EL MEDICO. CONTROL EN 15 DIAS 05 DE ENERO 09:30 AM

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: H110 Nombre: PTERIGION

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO Categoria: Diagnóstico Principal Descripcion: LATERALIDAD OI

Información Complementaria

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
	ENFERMEDAD GENERAL	TERAPEUTICO

Prof.: JOVEL PLAZAS WILSON JAVIER - RM: 8545 Fecha: 27/12/2016 10:15:00a.m.

Especialidad: OFTALMOLOGIA

ORDENES GENERADAS

SERVICIOS Nombre	Indicadores	Cantidad
RECOEMNDACIONES:DESTAPAR EL OJO MAÑANA E INICIAR .... TRATAMIENTO, NO HACER FUERZA, EVITE HACER USO DE PISCINAS ,NO AGACHARSE, NO LEVANTE OBJETOS PESADOS,.CUMPLA CONE LTRATAMIENTO ORDENADO POR EL MEDICO. CONTROL EN 15 DIAS 04 DE ENERO 04:30 PM	1,00	Media
TRAZIDEX UNGUETNO OFTALMICO TUBO No1 APLCAR DENTRO DEL OJO CADA 6 HORAS POR 10 DIAS LUEGO PREDNISOLONA1%+FENILEFRINA 0,12% COLIRIO No1 APLICAR UNA GOTA CADA 4 HORAS POR 10 DIAS ACETAMINOFEN TAB 500 MG No24 VEITICUATRO TOAMR UNA TAB CADA 6 HORAS	1,00	Media

Fecha Impresion: 27/12/2016

Paciente: CC 6770995 TARAZONA DIAZ ALVARO JHON Edad: 52 a 11 m 11 d Sexo:Masculino

INCAPACIDADES

FECHA GEN	FECHA INICIAL	DIAS	FECHA FINAL	PRORROGA	MOTIVO	DESCRIPCION	PROFESIONAL
27/12/2016	27/12/2016	20	16/01/2017	NO	ENFERMEDAD GENERAL		JOVEL WILSON

Registros asistenciales firmados electrónicamente.