



E.S.E Carmen Emilia Ospina  
NIT. 813.005.265-7  
www.esecarmenemiliaospina.gov.co

## RESOLUCIÓN No.478 (Septiembre 23 de 2020)

### POR LA CUAL SE CONCEDE UNA LICENCIA POR ENFERMEDAD LABORAL

El Gerente de la Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina" de Neiva, en uso de sus atribuciones legales y,

#### CONSIDERANDO:

Que según la legislación vigente se entiende por enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

Teniendo en cuenta la normatividad legal vigente se entiende como **"Incapacidad por Enfermedad Laboral"** el reconocimiento de la prestación de tipo económico que hace la ARL a sus afiliados, por todo el tiempo que estén incapacitados física o mentalmente en forma temporal de su profesión u oficio habitual en un 100 %.

Que para el caso de las incapacidades originadas por una enfermedad profesional o accidente de trabajo, la ARL debe cubrirla desde el primer día de incapacidad, y corresponde al 100% del salario base de cotización según el artículo 3 de la ley 776 del 2002:

*"Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario.*

*Para la enfermedad profesional será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad diagnosticada como profesional.*

*El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será hasta por ciento ochenta (180) días, que podrán ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.*

*Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se procederá al procedimiento para determinar el*

« *Servimos con Excelencia Humana* »

**Zona Norte**  
Calle 34 No. 8-30 Las Granjas  
Teléfono: 8631818 Ext. 6025

**Zona Oriente**  
Calle 21 No. 55-98 Las Palmas  
Teléfono: 8631818 Ext. 6308

**Hospital Canaima**  
Carrera 22 No. 26-19  
Teléfono: 8631818 Ext. 6587

**Zona Sur**  
Calle 2C No. 28-113 Los Parques  
Teléfono: 8631818 Ext. 6200

Sistema de Información y Atención al Usuario 8632828 - Línea gratuita 018000943781



E.S.E Carmen Emilia Ospina  
NIT. 813.005.265-7  
www.esecarmenemiliaospina.gov.co

*estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez. Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal."*

Que de conformidad con el Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020, artículo 3, los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo que sean diagnosticados con Covid - 19 contarán con los recursos económicos derivados de la incapacidad por enfermedad general o por enfermedad laboral, según corresponda, que reconozcan la Entidades Promotoras de Salud o las Administradoras de Riesgos Laborales para garantizar el aislamiento de ellos y su núcleo familiar.

Que de conformidad con el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, se incluyó a la enfermedad Covid-19 como enfermedad laboral directa, eliminándose los requisitos de que trata el artículo 4 parágrafo 2 de la Ley 1562 de 2012.

Que la funcionaria **CARMENZA GUTIERREZ ANDRADE** identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.168.388 se encuentra vinculada en la Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina" en las funciones de su cargo como **AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD, Código 412, Grado 05.**

Que ha presentado en la oficina de Talento Humano de la Empresa Social del Estado "Carmen Emilia Ospina" un certificado de Incapacidad médica por enfermedad Laboral expedida por **NUEVA E.P.S S.A** por **CATORCE (14)** días contados por el periodo comprendido del 17 de Septiembre de 2020 hasta el 30 de Septiembre de 2020.

Que es precedente ordenar el pago del auxilio por enfermedad correspondiente a la citada funcionaria, de acuerdo con la siguiente liquidación:

#### **SALARIO BASE**

Asignación Básica	\$2.255.278
Incapacidad cien por ciento (100%)	\$1.052.463 ✓
<b>TOTAL A CANCELAR</b>	<b>\$1.052.463</b>

### **RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Conceder licencia por enfermedad Laboral a la funcionaria **CARMENZA GUTIERREZ ANDRADE** identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.168.388 por **CATORCE (14)** días contados por el periodo comprendido del 17 de Septiembre de 2020 hasta el 30 de Septiembre de 2020.

“Servimos con Excelencia Humana”

«		»	
<b>Zona Norte</b>	<b>Zona Oriente</b>	<b>Hospital Canaima</b>	<b>Zona Sur</b>
Calle 34 No. 8-30 Las Granjas Teléfono: 8631818 Ext. 6025	Calle 21 No. 55-98 Las Palmas Teléfono: 8631818 Ext. 6308	Carrera 22 No. 26-19 Teléfono: 8631818 Ext. 6587	Calle 2C No. 28-113 Los Parques Teléfono: 8631818 Ext. 6200
Sistema de Información y Atención al Usuario 8632828 - Línea gratuita 018000943781			



E.S.E Carmen Emilia Ospina  
NIT. 813.005.265-7  
[www.esecarmenemiliaospina.gov.co](http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co)


**ARTICULO SEGUNDO:** Ordenar el pago de la suma de **UN MILLÓN CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS (\$1.052.463)** M/CTE a favor **CARMENZA GUTIERREZ ANDRADE** identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.168.388 en la nómina de Septiembre de 2020.

**ARTICULO TERCERO:** Adelantar los trámites de liquidación y pago de la incapacidad ante **LA ARL POSITIVA** donde está cotizando a Riegos Laborales la funcionaria.

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

### NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Neiva a los veintitrés (23) días del mes de septiembre de 2020.

  
**JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ**  
Gerente

  
**CLAUDIA MARCELA CAMACHO VARON**  
Subgerente

  
**ROCIO CORREA USABA**  
Profesional Especializado I Talento Humano

  
**JULIAN MAURICIO LÓPEZ CLAVIJO**  
Revisó y Aprueba

  
**MARIA LUISA YÁNEZ SALAS**  
PROYECTO

“Servimos con Excelencia Humana”

«

Zona Norte	Zona Oriente	Hospital Canaima	Zona Sur
Calle 34 No. 8-30 Las Granjas	Calle 21 No. 55-98 Las Palmas	Carrera 22 No. 26-19	Calle 2C No. 28-113 Los Parques
Teléfono: 8631818 Ext. 6025	Teléfono: 8631818 Ext. 6308	Teléfono: 8631818 Ext. 6587	Teléfono: 8631818 Ext. 6200

»  
Sistema de Información y Atención al Usuario 8632828 - Línea gratuita 018000943781

## ESE CARMEN EMILIA OSPINA

Nit:813005265

## RELACIÓN DE NOVEDADES

Informe comprendido entre 01 De septiembre Del 2020 al 30 De septiembre Del 2020

Grupo : PERSONAL ADMINISTRATIVO

Concepto : LICENCIA

Tipo : NO REMUNERADA

Documento	Nombre del Empleado	Días de Novedad	V/r Base	V/r Reconocido EPS	V/r Reconocido Nómina	V/r Novedad	Fecha Inicio	Fecha Final
36300386	MARIA FERNANDA ARIAS CARVAJAL	30	\$ 1.850.323			0	2020-09-01	2020-09-30

Totales Concepto: \$ 1.850.323

Total Grupo: \$ 1.850.323

Grupo : TRABAJADORES OFICIALES

Concepto : INCAPACIDAD

Tipo : ENFERMEDAD GENERAL

Documento	Nombre del Empleado	Días de Novedad	V/r Base	V/r Reconocido EPS	V/r Reconocido Nómina	V/r Novedad	Fecha Inicio	Fecha Final
55159601	MARTHA CECILIA DIAZ REYES	3	\$ 1.646.061	\$ 36.581	\$ 164.606	\$ 146.318	2020-09-14	2020-09-16
12125849	HECTOR ARMANDO GARCIA	3	\$ 1.646.061	\$ 36.581	\$ 164.606	\$ 146.318	2020-09-15	2020-09-17

Totales Concepto: \$ 3.292.122 \$ 73.162 \$ 329.212 \$ 292.636

Total Grupo: \$ 3.292.122 \$ 73.162 \$ 329.212 \$ 292.636

Grupo : CONSULTA EXTERNA

Concepto : INCAPACIDAD

Tipo : ENFERMEDAD PROFESIONAL

Riesgo: ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Documento	Nombre del Empleado	Días de Novedad	V/r Base	V/r Reconocido EPS	V/r Reconocido Nómina	V/r Novedad	Fecha Inicio	Fecha Final
93239540	JOHN HAGLER ROMERO ABRIL	10	\$ 6.545.072	\$ 1.963.522	\$ 2.181.691	\$ 2.181.691	2020-09-14	2020-09-23

Totales Concepto: \$ 6.545.072 \$ 1.963.522 \$ 2.181.691 \$ 2.181.691

Total Grupo: \$ 6.545.072 \$ 1.963.522 \$ 2.181.691 \$ 2.181.691

Grupo : URGENCIAS

Concepto : INCAPACIDAD

Tipo : ENFERMEDAD PROFESIONAL

Riesgo: ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Documento	Nombre del Empleado	Días de Novedad	V/r Base	V/r Reconocido EPS	V/r Reconocido Nómina	V/r Novedad	Fecha Inicio	Fecha Final
36168388	CARMENZA GUTIERREZ ANDRADE	14	\$ 2.255.278	\$ 977.287	\$ 1.052.463	\$ 1.052.463	2020-09-17	2020-09-30

Totales Concepto: \$ 2.255.278 \$ 977.287 \$ 1.052.463 \$ 1.052.463

Total Grupo: \$ 2.255.278 \$ 977.287 \$ 1.052.463 \$ 1.052.463



**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL  
Bogotá 3307000  
Resto del país 01 8000 111170  
Desde su Celular #533

Diligenciado el : 21/09/2020  
Fecha de impresión : 22/09/2020  
Número de radicación : 202001001083675  
Id Accidente de Trabajo : 367416866  
Id del Sinistro : 377746781

## FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Positiva

EPS NUEVA EPS

AFP COLPENSIONES ADMINISTRADORA COLOMI ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A./ARL

DECLARACION GENERAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE O COOPERATIVA

Nº documento 813005265 Tipo de Doc NI Nombre o razón social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA Tipo de vinculación Empleador

Dirección sede principal

Dirección reportada

CARRERA 22 CON CALLE 26 -19 SUR BARRIO CANAIMA

Actividad económica (Sede principal)

EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOS

Código 3851101

Teléfono 8631818 Fax E-mail saludocupacional@esecarmenerr Departamento HUILA Municipio NEIVA Zona Urbana

¿Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?

Dirección del centro de trabajo

SI CARRERA 22 CON CALLE 26 -19 SUR BARRIO CANAIMA

Actividad económica del centro de trabajo

EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOS

Código 3851101

Teléfono 8631818 Fax E-mail Departamento HUILA Municipio NEIVA Zona Urbana

DECLARACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Nº documento 36168388 Tipo de Doc CC Fecha de nacimiento 07/08/1959 Sexo F Tipo de vinculación (1) Planta

Primer apellido GUTIERREZ Segundo apellido ANDRADE Primer nombre CARMENZA Segundo nombre

Dirección CARRERA 25 No. 1A 28 Teléfono 3202217466 Fax

Departamento HUILA Municipio NEIVA Zona Urban Fecha de ingreso a la empresa 01/03/2000 Salario mensual 2107736 Jornada diaria (1) Diurna

Designación AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA Código 5132

DECLARACION SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente 21/09/2020 Hora del accidente 17:53 Día de la semana Lunes Jornada en que sucede (1) Normal Realiza su labor (1) Si

Ocupación no habitual Tiempo laborado 34:53 Lugar donde ocurrió el accidente (1) Dentro de la empresa

Mecanismo o forma del AT (9) Otro(s): CONTACTO CON Tipo de lesión (80) Efecto del tiempo, del clima Sitio (2) Areas de produccion Tipo de accidente (5) Propios del trabajo

Parte del cuerpo afectada (332) Torax Agente del accidente (5) Ambiente de trabajo(incluye superficies de transito y d

Departamento HUILA Municipio NEIVA Zona AT Urbana Tipo AT (2)No Fección mortal

DECLARACION DEL ACCIDENTE

COORDINADORA DE SST INDICA ASEGURADO HA TENIDO CONTACTO CON PACIENTES SOSPECHOSOS PARA COVID19. REFIERE UTILIZO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL TALES COMO: CARETA, TAPABOCAS N95, GORRO, BATA DESECHABLE, PIJAMA Y GUANTES. CON SINTOMATOLOGIA DE: TOS SECA, CEFALEA, DOLOR GENERAL, PERDIDA DEL GUSTO Y EL OLFATO. SE REALIZA PRUEBA DE ISOPADO PARA COVID EL DIA 17/09/2020 CON RESULTADO POSITIVO EL DIA 17/09/2020 CARGO: AUXILIAR EN ENFERMERIA TEL: 3202217466.

Lista de testigos involucrados

Nombres Apellidos Correo electrónico Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Testigos 1 Tipo Doc N° Doc

Testigos 2 Tipo Doc N° Doc

Responsable CONSTANSA VARGAS LOZ Firma Tipo Doc CC N° Doc 26422400



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.  
NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL  
Bogotá 3307000  
Resto del país 01 8000 111170  
Desde su Celular #533

Diligenciado el: 21/09/2020 Estado: Procesado  
Fecha de impresión: 21/09/2020  
Número de radicación: 5056755  
Id Accidente de Trabajo: -  
Id del Sinistro: -

## FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por: Formulario Web - DAVID DE JESUS I EPS NUEVA E.P.S S.A.

AFP: COLPENSIONES ADMINISTRADORA COLOM ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL

EMPRESA ADICION GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

Número de documento	Tipo de Doc	Nombre o razón social	Tipo de vinculación		
813005265	N	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA	Empleador		
Dirección sede principal		Dirección reportada			
CARRERA 22 CON CALLE 26 -19 SUR BARRIO CANAIMA					
Actividad económica (Sede principal)					
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOS					
Código	3851101				
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Tipo de zona
8631818		saludocupacional@esecarmenen	HUILA	NEIVA	Urbana
¿Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?					
SI CARRERA 22 CON CALLE 26 -19 SUR BARRIO CANAIMA					
Actividad económica del centro de trabajo					
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOS					
Código	3851101				
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Tipo de zona
8631818			HUILA	NEIVA	Urbana

### IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Número de documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación	
96138388	C	07/08/1959	F	(1) Planta	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
GUTIERREZ	ANDRADE	CARMENZA			
Dirección		Teléfono	Fax		
CARRERA 25 No. 1A 28		3202217466			
Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Forma de pago
HUILA	NEIVA	Urban	01/03/2000	2.107.736	(3) Mixto
Designación					Código
AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA					5132

### DESCRIPCION SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha del accidente	Hora del accidente	Día de la semana	Jornada en que sucede	Realizó su labor
21/09/2020	17:53	Lunes	(1) Normal	(1) Si
Ocupación	Tempo laborado	Lugar donde ocurrió el		
no registra	34:53	(1) Dentro de la empresa		
Vinculación o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Causa de accidente	
(9) Otro(s): CONTACTO CON	(80) Efecto del tiempo, del clima	(2) Areas de produccion	(5) Propios del trabajo	
Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente			
(332) Torax	(5) Ambiente de trabajo(incluye superficies de transito y d			
Departamento	Municipio	Zona AT	Letal	Fecha mortal
HUILA	NEIVA	Urbana	(2)No	

### OPINION DEL ACCIDENTE

COORDINADORA DE SST INDICA ASEGURADO HA TENIDO CONTACTO CON PACIENTES SOSPECHOSOS PARA COVID19, REFIERE UTILIZO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL TALES COMO: CARETA, TAPABOCAS N95, GORRO, BATA DESECHABLE, PIJAMA Y GUANTES. CON SINTOMATOLOGIA DE: TOS SECA, CEFALEA, DOLOR GENERAL, PERDIDA DEL GUSTO Y EL OLFATO. SE REALIZA PRUEBA DE ISOPADO PARA COVID EL DIA 17/09/2020 CON RESULTADO POSITIVO EL DIA 17/09/2020 CARGO: AUXILIAR EN ENFERMERIA TEL: 3202217466.

### CONTACTOS INMEDIATOS

Nombre	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono
Hubo personas que presenciaron el accidente? No			
Testigos 1		Tipo Doc	Nº Doc
Testigos 2		Tipo Doc	Nº Doc
Responsable	CONSTANSA VARGAS LOZANO	Tipo Doc C	Nº Doc 2642240C