Bogotá, marzo 8 del 2025

Subdirectora
**VIVIANA GOMEZ VARGAS**
Subdirectora encargada del Centro de Gestión Administrativa
SENA

REFERENCIA: Suspensión contrato CO1.PCCNTR.7442941 de 2025

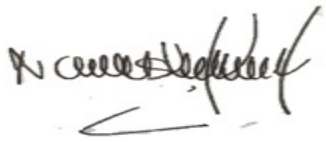
NOHRA STELLA PEREZ PIRATOVA identificada(o) con C.C. 51.830.289 expedida en BOGOTA, en mi condición de Prestadora De Servicios como Instructora en la coordinación de articulación con la media, me permito informarles y adjuntarles la incapacidad e historia clínica emitida por la eps SURA por procedimiento de cirugía de vitrectomia en el ojo izquierdo. De acuerdo a la información suministrada por el señor coordinador de la coordinación, solicita el envío de estos documentos para realizar la suspensión del contrato por la licencia de Salud.

Agradezco ante mano su valiosa colaboración y gestión

**NOTIFICACIONES**

Podré ser notificada en la dirección de correo nohrapp@hotmail.com

Cordialmente;



NOHRA STELLA PÉREZ PIRATOVA

51.830.289

3008417742

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.830.289

PEREZ PIRATOVA

APELLIDOS

NOHRA STELLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1966

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.50 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

09-NOV-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00016203-F-0051830289-20080623 0000570967A 1 1210008346

Colsubsidio Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT.860.007.336-1

**COLSUBSIDIO NIT 860007336-1**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo:** | 0003078021 | | | | |
| **Nombre del Paciente** | NohraNOHRA STELLA PEREZ Piratova | **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadania | **Número de documento** | 51830289 |
| **Fecha de nacimiento** | 22/08/1966 | **Edad atención** | 58 años 6 meses | **Sexo** | Femenino |
| **Episodio** | 87450081 | **Asegurador** | SURA CLINICA OFATL | **Categoría** | A |
| **Tipo de vinculación** | RCT: Cotizante | **Lugar de atención** | CL OFTALMOLOGICA | | |
| **Fecha de impresión:** | 28/02/2025 | | | | |

**Incapacidad Médica**

**Hra Ingreso a Consulta:** 11:03 **Fecha Ingreso a Consulta:** 26/02/2025 **Clse incapacidad:** Enfermedad General

**Modalidad de atención:** Hospitalaria **Tipo incapacidad:** Inicial

**Fecha de Egreso:** 28/02/2025 **Procedimiento Estético:** NO

**Días de Incapacidad:** 30 TREINTA **Fecha Inicio Incapacidad:** 28/02/2025 **Fecha Fin Incapacidad:** 29/03/2025

**Diagnóstico Principal:** H368

**Observaciones:** SE DA INCAPACIDAD 30 DIAS *PACIENTE ASISTEA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (VITRECTOMIA POSTERIOR PARA MANEJO DE FLOATERS VITREOS)

Dr. Eduardo Cadena Galvis
Oftalmólogo - Cirujano de Retina
RM 2117-2001 - C.C. 79.785.239

**Firma del prestador:**

**Responsable:** CADENA, EDUARDO **Número de identificación:** 79785239 **Especialidad:** OFTALMOLOGIA

Scanned with CamScanner

**IDENTIFICACIÓN** **COLSUBSIDIO NIT 860007336-1**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Paciente** | NohraNOHRA STELLA PEREZ PiratovaPIRATOVA | **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadania | **Número de documento** | 51830289 |
| **Fecha de nacimiento** | 22/08/1966 | **Edad atención** | 58 años 6 meses | **Edad actual** | 58 años 6 meses |
| **Sexo** | Femenino | **Estado civil** | Soltero/a | **Ocupación** | |
| **Dirección de domicilio** | CLL 80 B BIS N 94 J 19 | **Teléfono domicilio** | 3008417742 | **Lugar de residencia** | BOGOTA D.C |
| **Acudiente** | MARIO PINTO | **Parentesco** | Hijo(a) | **Teléfono acudiente** | 3202870769 |
| **Acompañante** | MARIO PINTO | **Teléfono acompañante** | 3202870769 | | |
| **Asegurador** | SURA CLINICA OFATLMOLOGICA PGP | **Categoría** | A | **Tipo de vinculación** | RCT: Cotizante |
| **Episodio** | 87450081 | **Lugar de atención** | CL OFTALMOLOGICA | **Cama** | SPCX03 |
| **Fecha de la atención** | 28/02/2025 | **Hora de atención** | 17:07:16 | | |

# EPICRISIS

## 1. Datos de Ingreso

**Fecha:**28/02/2025 **Hora:**13:23

| Código de diagnóstico | Descripción del Diagnóstico | Clase de Diagnóstico | Confirmación | Tipo | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|
| H368 | OTROS TRASTORNOS DE LA RETINA EN ENFERME | Diag. Principal | Impresión Diagnostica | Diag. TratamDiag. AdmisiónDiag. Pre-OperDiagnostico IQDia. Princ. SE | CADENA, EDUARDO |

**Causa externa de Ingreso:**

## 2. Datos de Egreso

**Fecha:**28/02/2025 **Hora:**23:02

| Código de diagnóstico | Descripción de Diagnóstico | Clase de Diagnóstico | Confirmación | Tipo | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|
| H368 | OTROS TRASTORNOS DE LA RETINA EN ENFERME | Diag. Principal | Impresión Diagnostica | Diagnós. Alta | CADENA, EDUARDO |

## 3. Servicios

| | |
|---|---|
| Total de Días de Estancia | 0 |

## 4. Resumen de Atención

**Resumen de Evolución**

PACIENTE CON PRONOSTICO VISUAL RESERVADO, DEBIDO ANTECEDENTE DE DESGARRO CON DESPRENDIMIENTO FOCAL DE RETINA EN M5 Y HEMORRAGIA VITREA , SE REALIZA VITRECTOMIA POSTERIOR + EFC+ GAS C3F8 AL 10%. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUE FUNCION VISUAL (AGUDEZA VISUAL) ESTA INTIMAMENTE RELACIONADA CON DAÑO NEURORETINIANO ASOCIADO CON HEMORRAGIA VITREA . SE EXPLICA QUE CIRUGIA NO IMPLICA MEJORA DE LA AGUDEZA VISUAL, SE EXPLICA POSIBILIDAD DE MULTIPLES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN CASO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA O HEMORRAGIA VITREA. SE EXPLICA POSÍBILIDAD DE PERDIDA ANATOMICA Y/O FUNCIONAL Y EN CUANTO A LAS DEMORAS EN REALIZACION DE PROCEDIMIENTO IMPLICA NEURODEGENERACION ASOCIADA A MUERTE DE FOTORECEPTORES LO CUAL LLEVA AL DAÑO NEUROSENSORIAL, CON PERDIDA DE LA FUNCION VISUAL, POR TAL HAY DAÑO PREVIO NEURORETINIANO, PUEDE QUE NO SE PRESENTE MEJORIA DE LA FUNCION VISUAL (AGUDEZA VISUAL) EL



Scanned with CamScanner

**IDENTIFICACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Paciente** | NohraNOHRA STELLA PEREZ PiratovaPIRATOVA | **Tipo de Documento** | Cédula de Ciudadania | **Número de Documento** | 51830289 |

DAÑO SERIA IRREVERSIBLE**. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

**Análisis**

PACIENTE CON PRONOSTICO VISUAL RESERVADO, DEBIDO ANTECEDENTE DE DESGARRO CON DESPRENDIMIENTO FOCAL DE RETINA EN M5 Y HEMORRAGIA VITREA , SE REALIZA VITRECTOMIA POSTERIOR + EFC+ GAS C3F8 AL 10%. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUE FUNCION VISUAL (AGUDEZA VISUAL) ESTA INTIMAMENTE RELACIONADA CON DAÑO NEURORETINIANO ASOCIADO CON HEMORRAGIA VITREA . SE EXPLICA QUE CIRUGIA NO IMPLICA MEJORA DE LA AGUDEZA VISUAL, SE EXPLICA POSIBILIDAD DE MULTIPLES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN CASO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA O HEMORRAGIA VITREA. SE EXPLICA POSIBILIDAD DE PERDIDA ANATOMICA Y/O FUNCIONAL Y EN CUANTO A LAS DEMORAS EN REALIZACION DE PROCEDIMIENTO IMPLICA NEURODEGENERACION ASOCIADA A MUERTE DE FOTORECEPTORES LO CUAL LLEVA AL DAÑO NEUROSENSORIAL, CON PERDIDA DE LA FUNCION VISUAL, POR TAL HAY DAÑO PREVIO NEURORETINIANO, PUEDE QUE NO SE PRESENTE MEJORIA DE LA FUNCION VISUAL (AGUDEZA VISUAL) EL DAÑO SERIA IRREVERSIBLE**. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

**Recomendaciones**

POST OPERATORIOS RECOMENDACIONES IMPORTANTES CUIDADOS:

* DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, SE DEJA UN APÓSITO QUE SE RETIRARA DE 12 A 24 HORAS, HASTA EL CONTROL MEDICO. QUE LO RETIRARA PARA EVALUAR EL ESTADO POST OPERATORIO DEL OJO OPERADO.
* ES NORMAL QUE EL OJO PRESENTE DOLOR E INFLAMACIÓN PERIOCULAR DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS.
* EL PACIENTE DEBE GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, DEBE DIRIGIRSE A SU CASA, PROCURANDO ESFUERZO FÍSICO O MOVIMIENTOS BRUSCOS A LA HORA DE TRANSPORTARSE.

RECOMENDACIONES IMPORTANTES:

REPOSO EL DÍA DE HOY ** NO LEVANTAR COSAS PESADAS ** NO TOSER ** NO VOMITAR ** NO ESFUERZO FÍSICO ** NO AGACHARSE** NO EJERCICIO, DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS. ** ** DIETA LIQUIDA CLARA Y BLANDA, NADA IRRITANTE ** DEBE PERMANECER EN LA POSICIÓN QUE EL MEDICO LE INDICA *** APLICAR EL MEDICAMENTO OFTALMOLÓGICO SEGÚN INDICACIÓN MEDICA Y FORMULA MEDICA.

- APLICAR MEDICAMENTO OFTALMICO CON MANOS LIMPIAS (LAVADO DE MANOS SIEMPRE) Y SIN QUE EL GOTERO TOQUE EL OJO, LAS PESTAÑAS O LOS PARPADOS** DEJAR 5 MINUTOS DE INTERVALO POR CADA GOTA ** SOLO UNA PERSONA DEBE MANIPULAR Y APLICAR LAS GOTAS AL PACIENTE. **

1. DESPUES DE RETIRADO EL APOSITO DEBE EMPEZAR APLICAR LAS GOTAS OFTALMOLOGICAS COMO LO INDICA LA FORMULA MEDICA.
2. EVITE TOCAR NI FROTAR LOS OJOS AUN SI TIENE SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO.
3. EVITE FROTARSE NI PASARSE LAS MANOS SUCIAS SOBRE EL OJO OPERADO. PUEDE INFECTARLO
4. DEPENDE DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE SU RECUPERACION SERA SATISFACTORIA
5. SI PERSISTE CON EL DOLOR PUEDE TOMAR CUALQUIER ANALGESICO SIEMPRE Y CUANDO NO SEA ALERGICO AL MEDICAMENTO.
6. EVITE IR A PISCINAS, BAÑOS TURCOS, SAUNA, EXPOSICION AL HUMO O VAPOR DURANTE EL TIEMPO QUE EL MEDICO TRATANTE LE INDIQUE.
7. EVITE EL POLVO, CONSUMIR BEBIDAS ALCOHOLICAS, FUMAR, COCINAR, TRAPEAR, LAVAR, CONDUCIR DURANTE LOS PRIMEROS DIAS. ETC.
8. PROHIBIDO REALIZAR BAÑOS, VAPORIZACIONES, NI PAÑOS DE AGUA CON NINGUNA CLASE DE HIERBAS.
9. DIRIJASE A SU CASA INMEDIATAMENTE DESPUES DE QUE LE DEN DE ALTA Y CONSUMA ALIMENTOS LIGEROS Y BAJOS EN GRASA (NO LACTEOS – NO BEBIDAS NEGRAS).
10. NO APLIQUE MAQUILLAJE O CREMAS FACIALES HASTA QUE SU MEDICO LO ORDENE.
11. LÍMPIE SUS LAGRIMAS CON PAÑITOS DE BEBE. (NO UTILICE PAÑUELOS DE TELA, PAPEL HIGIENICO, GASAS, O PAÑITOS KLEENEX)
12. PROHIBIDO DESPUES DE RETIRADO EL PARCHE OCULAR Y LA CASCARILLA, OCLUIR (TAPARSE) EL OJO OPERADO CON NINGUN TIPO DE ELEMENTO (PUEDE USAR LENTES OSCUROS) YA QUE EL OJO PUEDE QUEDAR TRANSITORIAMENTE SENSIBLE A LA LUZ.
13. SI PERSISTE MUCHO EL DOLOR Y ES MUY INTENSO. DEBE ASISTIR AL HOSPITAL SIMON BOLIVAR POR URGENCIAS.
14. EVITE MANIPULAR EL CELULAR EN VEHICULOS EN MOVIMIENTO DESPUES DE REALIZADO EL PROCEDIMIENTO.
15. RECUERDE NO AUTOMEDICARSE, EVITE TOMAR ASPIRINA O CUALQUIER MEDICAMENTO NO FORMULADO.
16. UTILICE GAFAS DE SOL UNA VEZ LE HAYAN RETIRADO EL VENDAJE. 17. MANTENGA LA DISTANCIA DE TODO TIPO DE ANIMALES DOMESTICOS. 18. VERIFIQUE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS.
19. SI SE PUEDE REALIZAR: SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, CAMINAR NORMALMENTE, VER TELEVISION Y/O LEER EN TIEMPOS CORTOS.

**Plan de Manejo**

1.SE DA FORMULA **(MOXIFLOXACINO) SOLUCION OFTALMICA ....APLICAR UNA GOTA # 1 / CADA (1) HORAS EN OJO OPERADO



Scanned with CamScanner

**NTIFICACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Paciente** | NohraNOHRA STELLA PEREZ PiratovaPIRATOVA | **Tipo de Documento** | Cédula de Ciudadania | **Número de Documento** | 51830289 |

HASTA ACOSTARSE Y DESPUES SEGUIR APLICANDO UNA GOTA CADA 6 HORAS HASTA TERMINAR EL FRASCO **

**ACETATO DE PREDNISOLONA AL 1% SOLUCION OFTALMICA ....APLICAR UNA GOTA # 1 / CADA 6 HORAS EN OJO OPERADO HASTA ** HASTA NUEVA ORDEN MEDICA ** ENTREGAR UN FRASCO **

**********

SS// CONTROL EL DIA DE MAÑANA SABADO 01 DE MARZO / 2025 *** HORA: 6:00 AM DR. CADENA ** (POST OPERATORIO-RETIRO DE PARCHE)* VENIR ACOMPAÑADO DE UNA PERSONA MAYOR DE EDAD * NO VENIR CONDUCIENDO*** DEBE TENER DISPONIBILIDAD DE TIEMPO * POR EL ALTO DE FLUJO DE PACIENTES ** TELEFONO DR. CADENA: 318 888 3196 *** SEGUNDO PISO *

SS// CONTROL EL DIA SABADO 08 DE MARZO/ 2025 *** HORA: 6:00 AM DR. CADENA ** (POST OPERATORIO) LLEGAR MEDIA HORA ANTES DE LA CONSULTA * VENIR ACOMPAÑADO DE UNA PERSONA MAYOR DE EDAD * NO VENIR CONDUCIENDO*** DEBE TENER DISPONIBILIDAD DE TIEMPO * POR EL ALTO DE FLUJO DE PACIENTES ** NO QUIERE DECIR QUE SU CITA SERA A LA HORA QUE SE ENCUENTRA ESTIPULADA YA QUE ES UN CUPO EXTRA ** TELEFONO DR. CADENA: 318 888 3196 *** SEGUNDO PISO ** DISPONIBILIDAD DE 4 A 6 HORAS ** DILATAR DESPUES DE FACTURAR EN EL QUINTO (5) PISO *

SE DA INCAPACIDAD 30 DIAS

**Limitaciones Vida Diaria**

NINGUNA

**Signos de Alarma**

SANGRADO
SECRECION PURULENTA
PERDIDA SUBITA DE VISION
INFECCIONES
DOLOR OCULAR SEVERO

## 5. Apoyo Diagnóstico

**Laboratorio Clinico**

**Imágenes Diagnósticas**

**Patología**

## 6. Procedimientos

**Quirúrgicos**

| Código | Descripción | Cantidad |
|---|---|---|
| 143402 | REPARACION DE LESION RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) VIA INTERNA | 1 |
| 147402 | VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA | 1 |
| 147401 | VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCIONDE SILICON O GASES | 1 |
| 147403 | VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER | 1 |

**No Quirúrgicos**

**Enfermería**

## 7. Medicamentos

**Medicamentos POS**

**Medicamentos NO POS**

## 8. Incapacidad Médica

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hora de Ingreso o Consulta:** | 11:03 | **Fecha de Ingreso o Consulta:** | 26/02/2025 | **Clase de Incapacidad:** | Enfermedad General |
| **Modalidad de Atención:** | Hospitalaria | **Tipo de Incapacidad:** | Inicial | | |

Impreso por: ANGELICA MANZANARES DIAZ
Fecha y Hora de impresión: 01/03/2025 06:48:29

Scanned with CamScanner

**IDENTIFICACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Paciente** | NohraNOHRA STELLA PEREZ PiratovaPIRATOVA | **Tipo de Documento** | Cédula de Ciudadania | **Número de Documento** | 51830289 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Egreso:** | 28/02/2025 | **Procedimiento Estético:** | NO | | |
| **Días de Incapacidad:** | 030 TREINTA | **Fecha de Inicio de Incapacidad:** | 28/02/2025 | **Fecha fin de Incapacidad:** | 29/03/2025 |

**Diagnóstico Principal:** H368

**Observaciones:** SE DA INCAPACIDAD 30 DIAS *PACIENTE ASISTEA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (VITRECTOMIA POSTERIOR PARA MANEJO DE FLOATERS VITREOS)

**Firma del Prestador**

**Responsable:** CADENA, EDUARDO **Número de Identificación:** 79785239 **Especialidad:** OFTALMOLOGIA

**9. Alta**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 28/02/2025 | **Hora:** | 23:02 |
| **Tipo de Alta:** | Mejoria | **Condición de Egreso:** | Vivo |
| **Destino:** | DOMICILIO | **Hospital Remisión:** | |

**Diagnóstico:** H368 OTROS TRASTORNOS DE LA RETINA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

**Recomendaciones:** POST OPERATORIOS RECOMENDACIONES IMPORTANTES CUIDADOS: * DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, SE DEJA UN APÓSITO QUE SE RETIRARA DE 12 A 24 HORAS, HASTA EL CONTROL MEDICO. QUE LO RETIRARA PARA EVALUAR EL ESTADO POST OPERATORIO DEL OJO OPERADO. * ES NORMAL QUE EL OJO PRESENTE DOLOR E INFLAMACIÓN PERIOCULAR DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS. * EL PACIENTE DEBE GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, DEBE DIRIGIRSE A SU CASA, PROCURANDO ESFUERZO FÍSICO O MOVIMIENTOS BRUSCOS A LA HORA DE TRANSPORTARSE. RECOMENDACIONES IMPORTANTES: REPOSO EL DÍA DE HOY ** NO LEVANTAR COSAS PESADAS ** NO TOSER ** NO VOMITAR ** NO ESFUERZO FÍSICO ** NO AGACHARSE** NO EJERCICIO, DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS. ** ** DIETA LIQUIDA CLARA Y BLANDA, NADA IRRITANTE **DEBE PERMANECER EN LA POSICIÓN QUE EL MEDICO LE INDICA *** APLICAR EL MEDICAMENTO OFTALMOLÓGICO SEGÚN INDICACIÓN MEDICA Y FORMULA MEDICA. APLICAR MEDICAMENTO OFTALMICO CON MANOS LIMPIAS (LAVADO DE MANOS SIEMPRE) Y SIN QUE EL GOTERO TOQUE EL OJO, LAS PESTAÑAS O LOS PARPADOS**DEJAR 5 MINUTOS DE INTERVALO POR CADA GOTA ** SOLO UNA PERSONA DEBE MANIPULAR Y APLICAR LAS GOTAS AL PACIENTE. ** 1. DESPUES DE RETIRADO EL APOSITO DEBE EMPEZAR APLICAR LAS GOTAS OFTALMOLOGICAS COMO LO INDICA LA FORMULA MEDICA. 2. EVITE TOCAR NI FROTAR LOS OJOS AUN SI TIENE SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO. 3. EVITE FROTARSE NI PASARSE LAS MANOS SUCIAS SOBRE EL OJO OPERADO. PUEDE INFECTARLO 4. DEPENDE DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE SU RECUPERACION SERA SATISFACTORIA 5. SI PERSISTE CON EL DOLOR PUEDE TOMAR CUALQUIER ANALGESICO SIEMPRE Y CUANDO NO SEA ALERGICO AL MEDICAMENTO. 6. EVITE IR A PISCINAS, BAÑOS TURCOS, SAUNA, EXPOSICION AL HUMO O VAPOR DURANTE EL TIEMPO QUE EL MEDICO TRATANTE LE INDIQUE. 7. EVITE EL POLVO, CONSUMIR BEBIDAS ALCOHOLICAS, FUMAR, COCINAR, TRAPEAR, LAVAR, CONDUCIR DURANTE LOS PRIMEROS DIAS. ETC. 8. PROHIBIDO REALIZAR BAÑOS, VAPORIZACIONES, NI PAÑOS DE AGUA CON NINGUNA CLASE DE HIERBAS. 9. DIRIJASE A SU CASA INMEDIATAMENTE DESPUES DE QUE LE DEN DE ALTA Y CONSUMA ALIMENTOS LIGEROS Y BAJOS EN GRASA (NO LACTEOS – NO BEBIDAS NEGRAS). 10. NO APLIQUE MAQUILLAJE O CREMAS FACIALES HASTA QUE SU MEDICO LO ORDENE. 11. LIMPIE SUS LAGRIMAS CON PAÑITOS DE BEBE. (NO UTILICE PAÑUELOS DE TELA, PAPEL HIGIENICO, GASAS, O PAÑITOS KLEENEX) 12. PROHIBIDO DESPUES DE RETIRADO EL PARCHE OCULAR Y LA CASCARILLA, OCLUIR (TAPARSE) EL OJO OPERADO CON NINGUN TIPO DE ELEMENTO (PUEDE USAR LENTES OSCUROS) YA QUE EL OJO PUEDE QUEDAR TRANSITORIAMENTE SENSIBLE A LA LUZ. 13. SI PERSISTE MUCHO EL DOLOR Y ES MUY INTENSO. DEBE ASISTIR AL HOSPITAL SIMON BOLIVAR POR URGENCIAS.



Scanned with CamScanner

**IFICACIÓN**

**ombre del Paciente** NohraNOHRA STELLA PEREZ PiratovaPIRATOVA **Tipo de Documento** Cédula de Ciudadania **Número de Documento** 51830289

14. EVITE MANIPULAR EL CELULAR EN VEHICULOS EN MOVIMIENTO DESPUES DE REALIZADO EL PROCEDIMIENTO. 15. RECUERDE NO AUTOMEDICARSE, EVITE TOMAR ASPIRINA O CUALQUIER MEDICAMENTO NO FORMULADO. 16. UTILICE GAFAS DE SOL UNA VEZ LE HAYAN RETIRADO EL VENDAJE. 17. MANTENGA LA DISTANCIA DE TODO TIPO DE ANIMALES DOMESTICOS. 18. VERIFIQUE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS. 19. SI SE PUEDE REALIZAR: SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, CAMINAR NORMALMENTE, VER TELEVISION Y/O LEER EN TIEMPOS CORTOS.

**Responsable**

**Responsable:** RAMIREZ, SONIA

**Documento de Identidad:** 52899569 **Especialidad:**

**10. Responsable**

**Responsable:** CADENA, EDUARDO **Firma:**

**N° de Identificación:** 79785239 **Especialidad:** OFTALMOLOGIA



Scanned with CamScanner

EPS SURAMERICANA S.A. 800088702

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD / LICENCIA Nro. 0 - 40313354

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | 03/03/2025 15:33:40 | | **IPS Atiende** | 860007336 - PUNTO DE ATENCIÓN EN SALUD SURA CASTELLANA - 110010817161 - BOGOTA | |
| **Afiliado** | CC - 51830289 NOHRA STELLA PEREZ PIRATOVA | | **IPS Afiliado** | 860007336 - PUNTO DE ATENCIÓN EN SALUD SURA CASTELLANA - 110010817161 | |
| **Diagnóstico principal** | H368 | | **Diagnóstico relacionado** | | |
| **Origen** | ENFERMEDAD GENERAL | **Tipo de prestación económica** | HOSPITALARIO | **Clasificación** | INICIAL |
| **Fecha Inicio** | VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2025 | **Duración** | 30 - TREINTA | **Fecha Fin** | SÁBADO 29 DE MARZO DE 2025 |
| **Tipo Generación** | TRASCRIPCION | | **Nro. Prescripción a Sustituir** | | |
| **Modalidad de la prestación del servicio** | Intramural | | **Incapacidad retroactiva** | N | |

**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Firma del transcriptor responsable | |
| **Profesional Responsable** | CC - 79785239 EDUARDO ENRIQUE CADENA GALVIS | | |
| **Registro Médico** | 9999 - MEDICO ESPECIALISTA | | |
| **Institución que Expide** | NI - 860007336 COLSUBSIDIO | **Reps** | 110010817169 |

| | |
|---|---|
| Afiliado: | Le sugerimos presentar el formato de incapacidad que está recibiendo a su empleador para justificar su ausencia laboral. |
| Empleador o Trabajador Independiente: | Para la solicitud de reconocimiento económico, el empleador deberá tener una cuenta bancaria inscrita en la cual se realizará el desembolso en caso de que se cumplan las condiciones para la liquidación y radicar la incapacidad a través de nuestra página www.epssura.com.co opción empleadores, transacciones y radicación de incapacidades. Para la radicación deberá indicarse el número del certificado de este formato. |