Cuenta No. 2

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3608 2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	Ginna Mayerly Cita Baquero	**C.C.**	1.024.466.407	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-09	**Fecha Terminación incial:**	31-03-2021	**Valor Mensual:**	$ 3.366.000
Valor a cobrar:	$ 2.584.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.366.000	775	01/04/21	2021-04-30
2	$ 5.049.000	1203	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 6.732.000	1685	2021-07-16	2021-08-15
4	$ 3.366.000	2387	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.683.000	2729	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 1.683.000	3069	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 1.683.000	3255	2021-10-16	2021-10-31
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Febrero 2021	$ 3.162.000	$ 433.000	9414503990
2	Marzo 2021	$ 3.264.000	$ 433.000	9416500986
3	Abril 2021	$ 3.366.000	$ 443.600	9418336701
4	Mayo 2021	$ 3.366.000	$ 433.000	9418698657/9420569752
5	Junio 2021	$ 3.366.000	$ 433.000	9420569928
6	Julio 2021	$ 2.958.000	$ 433.000	9421095265
7	Agosto	$ 3.366.000	$ 443.600	9422263678
8	1 – 12 Septiem	$ 1.343.000	$ 443.600	9423484531
9	13 – 30 Septiem	$ 2.023.000	$ 443.600	9423484531
10	1-07 Octubre	$ 782.000	$ 443.600	9424694690
11	08-31 Octubre	$ 2.584.000	$ 443.600	9424694690
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.732.000	$ 30.294.000	$ 29.580.000	$ 714.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SU (PROFESIÒN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-10-08 **Hasta:** 2021-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SANTA CLARA	Atencion presencial a los pacientes y familiares en la oficina de Trabajo Social del servicio de Urgencias de Lunes a Viernes
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Censo actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.	Censo actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico tsesesantaclara@gmail.com, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion.
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SIDMA
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Cuando fue requerido se realizo Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación	Evidencia en notas de historia clinica en Dinamica gerencial, correo electronico de reporteparticularessantaclara@gmail.com y grupo whatssap de trabajo social, autorizaciones y facturacion

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	A traves de la atencion presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes	En el mes de mayo se sencibilizo a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restriccion de visitas
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaria Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Orfeo - drive de largasestanciassantaclara@gmail.com
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. C	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON ORFEOS ABIERTOS	Actas de reunio

Observaciones: TURNO FIN DE SEMANA 30 y 31 DE OCTUBRE /2021

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

GINNA MAYERLY CITAS
Firma del Contratista

C.C. 1.024.466.407 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA YOLANDA CAMELO
CARGO:	Jefe de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano (E)
FIRMA	

Cuenta de cobro 011

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE

SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E

NIT.900959051-7

DEBE A :

DEBE A: GINNA MAYERLY CITA BARQUERO

CC:1024466407

LA SUMA DE :

Dos Millones Quinientos Ochenta y Cuatro Mil Pesos

($ 2.584.000)

Por concepto de:

- Prestación de servicios como Trabajadora Social en el área de participación comunitaria y servicio al ciudadano, en cumplimiento del contrato PS- 3608 -2021 correspondiente del 08 al 31 Octubre de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

GINNA MAYERLY CITA B
GINNA MAYERLY CITA BAQUERO
Telefono: 3194054812
No. Cuenta bancaria Banco Davivienda. Ahorros
No. 0550008400716455
Fecha: 31 de Octubre de 2021

en línea

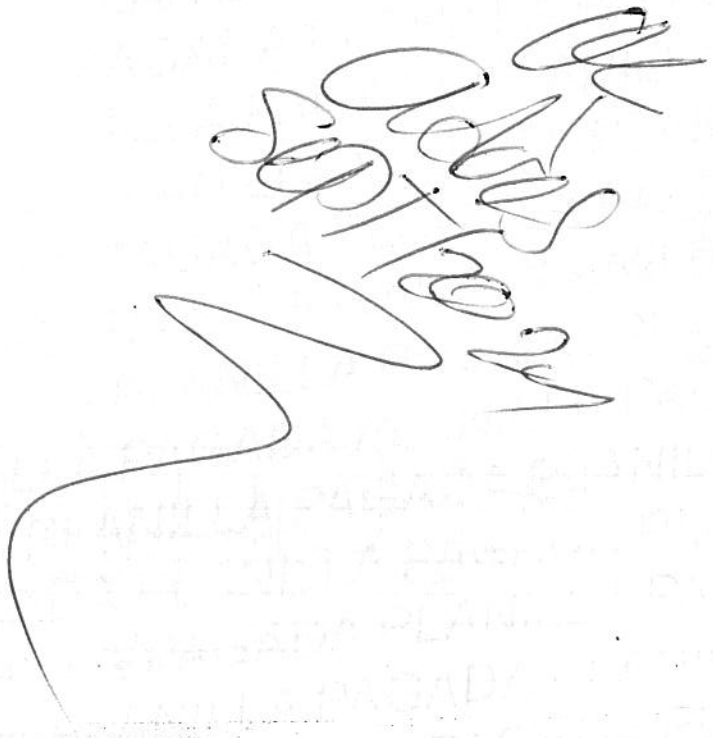
Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024466407		CITA BAQUERO GINNA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 801 No 51 C- 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2654129	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1150622896	9424694690	I	2021/10/04	2021/10/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$443,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,500	$0	$0	$215,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$215,500	$0	$0	$215,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,800	$0	$0	$32,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$32,800	$0	$0	$32,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,000	$0	$0	$27,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$27,000	$0	$0	$27,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,300	$0	$0	$168,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$168,300	$0	$0	$168,300
TOTAL				1	$443,600	$0	$0	$443,600



en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024466407		CITA BAQUERO GINNA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 801 No 51 C- 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2654129	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1150622896	9424694690	I	2021/10/04	2021/10/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$443,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1024466407	CITA GINNA																		230201	30	$1,346,400	$215,500	EPS001	30	$1,346,400	$168,300	CCF24	30	$1,346,400	$27,000	14-25	30	$1,346,400	$32,800	30	$0	$0	No	$443,600
Total	**Afiliados(1)**																						$1,346,400	$215,500			$1,346,400	$168,300			$1,346,400	$27,000			$1,346,400	$32,800		$0	$0		$443,600

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PSS 3608 2021 MES FEBRERO 2021.pdf	PSS 3608 2021 MES FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3608-2021 Mes Marzo 2021...pdf	PS-3608-2021 Mes Marzo 2021...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS-3608-MES MAYO 2021.pdf (Archivado)	PS-3608-MES MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3608-MES ABRIL 2021.pdf	PS-3608-MES ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PSS 3608 MES DE MAYO 2021.pdf	PSS 3608 MES DE MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS - 3608 - MES DE JUNIO DEL 2021.pdf	PS - 3608 - MES DE JUNIO DEL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS - 3608 - MES DE JULIO DEL 2021.pdf	PS - 3608 - MES DE JULIO DEL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PSS 3608 MES AGOSTO 2021.pdf	PSS 3608 MES AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS - 3608 - 2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 Cuenta No 1.pdf	PS - 3608 - 2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 Cuenta No 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS - 3608 - 2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 CUENTA No 2.pdf	PS - 3608 - 2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 CUENTA No 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE DE POST TEST CAPACITACION SARLAFT - GINNA CITA .pdf	SOPORTE DE POST TEST CAPACITACION SARLAFT - GINNA CITA .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 132264

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL SAN BLAS **NIT:** 8002163037

Punto de Atención: Cami Olaya

Trabajador Social: GINNA CITA BAQUERO **Tarjeta Profesional:** 1024466407 **Fecha Estudio:** 24/10/2021

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O PERSONA QUE SOLICITA LA ATENCIÓN EN SALUD

Identificación:	AS: VEN28667812	**Nombre:**	MEZA JIMENEZ ALEXANDRA CARELIS		
F. Nacimiento:	24/01/2003	**Dirección:**	CALLE 23 SUR No 27 50		
Departamento:		**Localidad:**	ANTONIO NARIÑO	**Barrio:**	SANTANDER
Estrato:	1	**Celular:**	3213728423	**Teléfono:**	
Email:	carelismeza1@gmail.com	**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Unión marital de hecho	**Sexo:**	Mujer	**Género:**	Femenino
Orient. Sexual:	Heterosexual	**M. Gestante:**	No Aplica	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

Ficha:	**Puntaje:**	**Nº Solicitud:**	99999999

Datos Acudiente:

Identificación:	**Nombre:**	**Télefono:**

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Se acerca a la unidad CAPS OLAYA la señora ALEXANDRA MEZA , solicitando los servicios de salud por urgencias debido a que argumenta NO CAPACIDAD DE PAGO para afiliarse a una EPS Contributiva o pagar el 100% de las atenciones que requiera, se realiza Estudio Social de Caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención por Fondo Financiero Distrital. Paciente migrante de Venezuela que se encuentra de manera irregular en el país, no cuenta con PEP o salvoconducto de refugiado. Estudio válido solo por esta única atención. Así mismo manifiesta ser de nacionalidad venezolana en situación migratoria irregular, por lo que se realiza Estudio Social de Caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Paciente ALEXANDRA MEZA quien ingresa al servicio de urgencias de la unidad CAPS OLAYA, solicitando servicios de salud por urgencias debido a que cuenta con un diagnóstico de HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S); debido a que no cuenta con aseguramiento en el SGSSS por su situación de irregularidad migratoria, desde el área de Trabajo Social se realiza verificación en las plataformas Comprobador de derechos, ADRES y DNP donde no es encuentran registros por lo que se realiza Estudio Social de Caso en línea válido por la urgencia. La presente atención está amparada por el decreto 2408 de 2018 art 2,9,2,6,3 artículo 2.9.2.6.2. Atenciones iníciales de urgencia. Artículo 2.9.2.6.3. Condiciones para la utilización de los recursos. Los recursos del nivel nacional que sean destinados para el pago de las atenciones iníciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, deberán ser utilizados por las entidades territoriales.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente de género femenino de 18 años de edad de nacionalidad venezolana grado de escolaridad primaria, quien reside en la ciudad de Bogotá desde hace 4 años, cuándo se vio obligada a migrar de su país de origen debido a la situación económica y política que atraviesa esta nación en busca de un mejor futuro. Paciente quien refiere vive en apartamento de tenencia arrendado , convive con su hijo y pareja, refiere cruzo la frontera por Arauca en compañía de su mamá.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente quien no cuenta con vinculación laboral, se dedica al cuidado de hogar por lo cual depende económicamente de su pareja quien se desempeña en oficios varios, con el dinero que devengan solventan los gastos de alimentación (150000), arriendo (380000) y servicios (200000), entre otros gastos diarios.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

Paciente quien cuenta con red de apoyo familiar primaria en el país, no recibe ayudas institucionales o comunitarias.

CONCEPTO SOCIAL

Se realiza Estudio de Caso válido por la urgencia, desde el área de Trabajo Social se orienta respecto al proceso de legalización en el país con migración Colombia para posterior afiliación al régimen contributivo o subsidiado según corresponda. Se orienta para adherencia al nuevo proceso de legalización según resolución 0971 del 28 de abril de 2021, la población venezolana debe ingresar a la página de migración Colombia/visibles para realizar el pre-registro virtual y posterior el registro biométrico presencial. Finalmente el registro a la plataforma SIRE de Migración Colombia se realizará por parte del área correspondiente de autorizaciones.

Declaro que:

- No cuento con los ingresos suficientes para afiliarme al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo.
- Requiero de servicios de salud y no cuento con capacidad de pago para asumir el 100% del costo de dichas atenciones.
- Requiero del subsidio a la oferta de servicios de salud para la garantía de mi derecho a la Salud.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo, este documento.

HUELLA

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

Responsable o funcionario que aplicó el estudio social del caso en la E.S.E

Vigencia Estudio Social del Caso: 24/04/2022

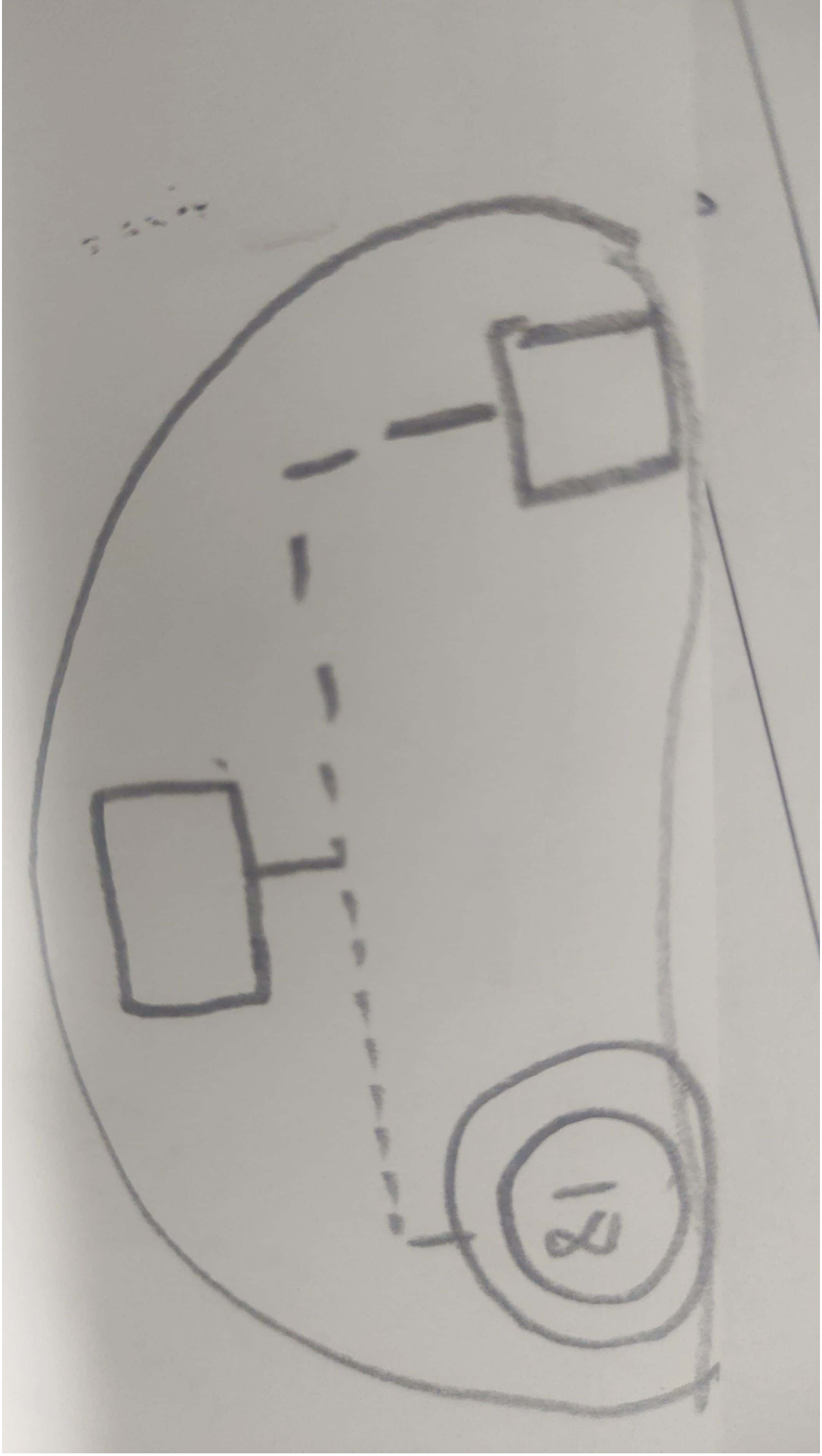
Firma: _____

Nombre: GINNA CITA BAQUERO

Identificación: CC: 1024466407

Tarj. Profesional: _____

EL PROFESIONAL RESPONSABLE MEDIANTE ESTE ESTUDIO SOCIAL DE CASO DEMUESTRA LA NO CAPACIDAD DE PAGO DEL USUARIO Y ESTE DOCUMENTO ES VALIDO SOLO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS SUB REDES INTEGRADAS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIO, Y LAS INSTITUCIONES QUE SE DETERMINEN EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONTRATO DEL FFDS, TIENE VALIDEZ DE HASTA 6 MESES APARTIR DE LA FECHA DE APLICACIÓN, O SEGÚN LO DESCRITO EN EL SEGUIMIENTO DEL CASO.



Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL–GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FORMATO ATENCIÓN DE ÚNICA VEZ POR URGENCIAS PARA PACIENTES EXTRANJEROS DE PAÍSES FRONTERIZOS EN CONDICIÓN DE IRREGULARIDAD

CÓDIGO: MI-SP-FT-01
VERSIÓN: 02
FECHA: 2021-07-07

DIA	MES	AÑO	UNIDAD DESERVICIOS DESALUD:
24	10	21	Caps · Olaya

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS **COMPLETOS:** Alexandra Carelis Meza Jimenez

NÚMERO DE DOCUMENTO 28667812 HISTORIA CLÍNICA Ven28667812

FECHA NACIMIENTO: 24-01-2003 EDAD: 18 años

LUGAR DE NACIMINETO: (MUNICIPO/ESTADO/CIUDAD):
Venezuela

GENERO: HOMBRE:_____ MUJER: X NO BINARIO:_____

SEXO: MASCULINO:_____ FEMENINO: X INTERSEXUAL:_____

PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPCIDAD: SI:___ NO: X

Cual:_____

BARRIO DONDE RESIDE ACTUALMENTE: Santander

DIRECCIÓN: Calle. 23 sur # 27-50

LOCALIDAD: Antonio nariño ESTRATO: 2.

ESTADO CIVIL: SOLTERO X CASADO _____ UNIÓN LIBRE _____ OTRO

_____ Cual:_____

TELEFÓNOS DE CONTACTO: 3213728423

CORREO ELECTRÓNICO: carelismeza1@gmail.com.

NOMBRES COMPLETOS DEMADRE: Maria Teresa Jimenez

NOMBRES COMPLETOS DE
PADRE: Lisandro Antonio Meza Martinez

ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO: SI:___ NO: X Cuantos meses de embarazo tiene:_____

TIENE HERMANOS: SI: X NO:___ CUANTOS: 6

TIENE HIJOS: SI: X NO:___ CUANTOS: 1 EDAD DE SUS HIJOS:_____

Escaneado con CamScanner

******La siguiente información, se debe diligenciar si usted respondió que tiene hijos, Gracias******

SUS HIJOS ACTUALMENTE ESTUDIAN: SI:___ NO: X EN QUE INSTITUCIÓN / COLEGIO / JARDIN SE ENCUENTRAN: Lo cuida la madre,

CURSO O GRADO EN EL CUAL SE ENCUENTRAN:

JORNADA:

ACTIVIDAD ECONÓMICA (Condiciones socio-familiares y económicas del usuario)

SI, VIVE EN PAGADIARIO, CUANTO PAGA:

TIPO DE VIVIENDA: CASA: _____ APARTAMENTENTO: X HABITACIÓN: _____ OTRO,

Cual?:

PAGA ARRIENDO: SI: X NO:___ CUANTO ES EL VALOR DE ARRIENDO: $ 380.000

PAGA SERVICIOS PUBLICOS: SI: X NO:___ CUALES : Gas, luz, Agua

CUANTO ES EL VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS: $ 200.000

CUANTO PAGAN DE MERCADO Y/O ALIMENTACIÓN: $. 150.000

TRABAJA ACTUALMENTE: SI:_____ NO: X EN QUE TRABAJA:

SI NOTRABAJA, QUIEN CUBRE LOS GASTOS ECONOMICOS: Su pareja,

CON QUIEN VIVIÁ EN SU PAÍS DE ORIGEN O DONDE RESIDIDA ANTERIORMENTE: Con los abuelos

HACE CUANTO LLEGO A COLOMBIA: 4 años.

POR DONDE CRUZO FRONTERA Y CON QUIEN: Arauca, con la mamá

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL–GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FORMATO ATENCIÓN DE ÚNICA VEZ POR URGENCIAS PARA PACIENTES EXTRANJEROS DE PAÍSES FRONTERIZOS EN CONDICIÓN DE IRREGULARIDAD

CÓDIGO: MI-SP-FT-015
VERSIÓN: 02
FECHA: 2021-07-07

ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE EN

BOGOTA: Con la pareja y su bebe.

CUENTA CON UNA RED DE APOYO FAMILIAR: SI___ NO: X DATOS DE CONTACTO DEL APOYO_____

HA REALIZADO PREREGISTRO VIRTUAL ANTE MIGRACIÓN COLOMBIA: SI: X NO: ___

FECHA ENROLAMIENTO BIOMETRICO: ___/___/___ Cita 27 enero

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE:_____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

TELEFONOS: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

MOTIVO DE CONSULTA:_____

_____

FIRMA DEL USUARIO: X

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN DILIGENCIA:

Gina García

Escaneado con CamScanner

Declaro que:

• No cuento con los ingresos suficientes para afiliarme al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo.

• Requiero de servicios de salud y no cuento con capacidad de pago para asumir el 100% del costo de dichas atenciones.

• Requiero del subsidio a la oferta de servicios de salud para la garantía de mi derecho a la Salud.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo, este documento.

Firma: X

Nombre: XAlexandra carelis Meza Gimenez

Identificación: X 28667812

Huella:



Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 132212

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL SAN BLAS **NIT:** 8002163037

Punto de Atención: Cami Chircales

Trabajador Social: GINNA CITA BAQUERO **Tarjeta Profesional:** 1024466407 **Fecha Estudio:** 23/10/2021

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O PERSONA QUE SOLICITA LA ATENCIÓN EN SALUD

Identificación: MS: VEN6929460 **Nombre:** RAMOS AGUILERA ANNABELLA DE LOS ANGELES

F. Nacimiento: 27/11/2014 **Dirección:** CALLE 52 B SUR No 4P 49

Departamento: **Localidad:** RAFAEL URIBE URIBE **Barrio:** EL PORTAL

Estrato: 1 **Celular:** 3213575170 **Teléfono:**

Email: **Nacionalidad:** VENEZUELA **Etnia:** Ninguno de los anteriores

Estado Civil: Soltero(a) **Sexo:** Mujer **Género:** Femenino

Orient. Sexual: Heterosexual **M. Gestante:** No Aplica **Discapacidad:** No aplica

Datos SISBEN:

Ficha: **Puntaje:** **Nº Solicitud:** 99999999

Datos Acudiente:

Identificación: AS: VEN20447108 **Nombre:** GENIXSE AGUILERA **Télefono:** 3212575170

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Se acerca a la unidad CAPS CHIRCALES la señora GENIXSE AGUILERA , en compañía de su hija ANNABELLA RAMOS . solicitando los servicios de salud por urgencias debido a que argumenta NO CAPACIDAD DE PAGO para afiliarse a una EPS Contributiva o pagar el 100% de las atenciones que requiera, se realiza Estudio Social de Caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención por Fondo Financiero Distrital. Paciente migrante de Venezuela que se encuentra de manera irregular en el país, no cuenta con PEP o salvoconducto de refugiado. Estudio válido solo por esta única atención. Así mismo manifiesta ser de nacionalidad venezolana en situación migratoria irregular, por lo que se realiza Estudio Social de Caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Menor ANNABELLA quien ingresa al servicio de urgencias de la unidad CAPS CHIRCARLES , en compañía de la progenitora solicitando servicios de salud por urgencias debido a que cuenta con un diagnóstico de ASMA ; debido a que no cuenta con aseguramiento en el SGSSS por su situación de irregularidad migratoria, desde el área de Trabajo Social se realiza verificación en las plataformas Comprobador de derechos, ADRES y DNP donde no es encuentran registros por lo que se realiza Estudio Social de Caso en línea válido por la urgencia. La presente atención está amparada por el decreto 2408 de 2018 art 2,9,2,6,3 artículo 2.9.2.6.2. Atenciones iníciales de urgencia. Artículo 2.9.2.6.3. Condiciones para la utilización de los recursos. Los recursos del nivel nacional que sean destinados para el pago de las atenciones iníciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, deberán ser utilizados por las entidades territoriales. 6.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente de género femenino de 6 años de edad de nacionalidad venezolana grado de escolaridad primaria , quien reside en la ciudad de Bogotá desde hace 2 años, cuándo su familia se vio obligada a migrar de su país de origen debido a la situación económica y política que atraviesa esta nación en busca de un mejor futuro. progenitora de la menor quien refiere vive en vivienda de tenencia arrendada , convive con sus hijos, esposo y mamá, con quienes tiene relación cordial . refiere cruzo la frontera por el puente .

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente quien por ser menor de edad depende económicamente de su padre quien se desempeña en oficios varios, con el dinero que devengan solventan los gastos de alimentación, arriendo y servicios, entre otros gastos diarios.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

Paciente quien cuenta con red de apoyo familiar primaria en el país, no recibe ayudas institucionales o comunitarias.

CONCEPTO SOCIAL

Se realiza Estudio de Caso válido por la urgencia, desde el área de Trabajo Social se orienta respecto al proceso de legalización en el país con migración Colombia para posterior afiliación al régimen contributivo o subsidiado según corresponda. Se orienta para adherencia al nuevo proceso de legalización según resolución 0971 del 28 de abril de 2021, la población venezolana debe ingresar a la página de migración Colombia/visibles para realizar el pre-registro virtual y posterior el registro biométrico presencial. Finalmente el registro a la plataforma SIRE de Migración Colombia se realizará por parte del área correspondiente de autorizaciones.

Declaro que:

- No cuento con los ingresos suficientes para afiliarme al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo.
- Requiero de servicios de salud y no cuento con capacidad de pago para asumir el 100% del costo de dichas atenciones.
- Requiero del subsidio a la oferta de servicios de salud para la garantía de mi derecho a la Salud.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo, este documento.

HUELLA

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

Responsable o funcionario que aplicó el estudio social del caso en la E.S.E

Vigencia Estudio Social del Caso: **23/04/2022**

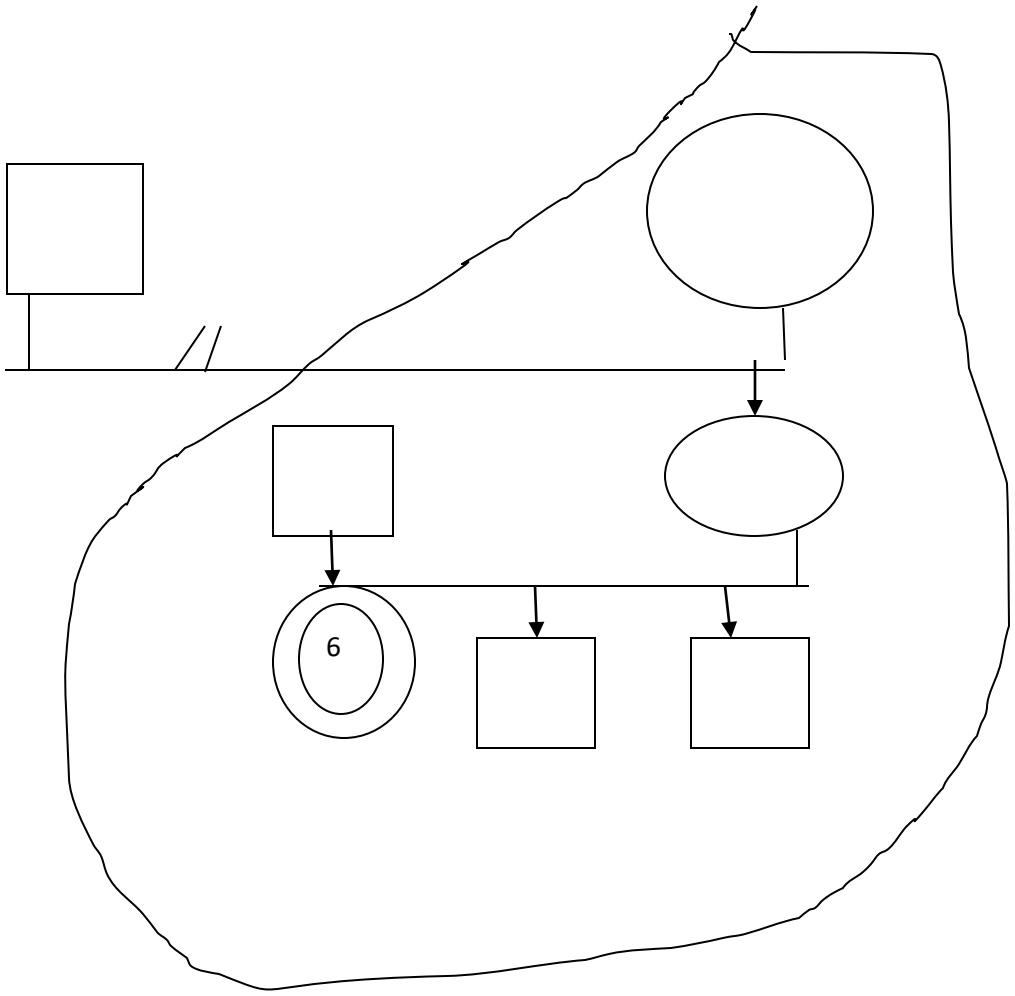
Firma: _____

Nombre: GINNA CITA BAQUERO

Identificación: CC: 1024466407

Tarj. Profesional: _____

EL PROFESIONAL RESPONSABLE MEDIANTE ESTE ESTUDIO SOCIAL DE CASO DEMUESTRA LA NO CAPACIDAD DE PAGO DEL USUARIO Y ESTE DOCUMENTO ES VALIDO SOLO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS SUB REDES INTEGRADAS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIO, Y LAS INSTITUCIONES QUE SE DETERMINEN EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONTRATO DEL FFDS, TIENE VALIDEZ DE HASTA 6 MESES APARTIR DE LA FECHA DE APLICACIÓN, O SEGÚN LO DESCRITO EN EL SEGUIMIENTO DEL CASO.


6

República Bolivariana de Venezuela
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral

Estado: ANZOATEGUI
Municipio: BOLIVAR
Parroquia: EL CARMEN

Folio Nº: 202
Acta Nº: 452
Día: 25
Mes: 02
Año: 2015

REGISTRO DE NACIMIENTO

A Datos del Registrador(a) Civil:

NOMBRES: DILBEN JOSEFINA	APELLIDOS: VERAMENDEZ MARIN		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13163052	OFICINA O UNIDAD DE REGISTRO CIVIL: HOSPITAL DE LAS GARZAS		
RESOLUCION Nº: 140218-015	FECHA: 18-02-2014	GACETA MUNICIPAL [ ] OFICIAL[X] Nº: 40369	FECHA:11-03-2014

B Datos del Presentado o Presentada:

NOMBRES: ANNABELLA DE LOS ANGELES		PRIMER APELLIDO: RAMOS		SEGUNDO APELLIDO: AGUILERA
FECHA DE NACIMIENTO 27-11-2014	SEXO: F	HORA DE NACIMIENTO: 08:00PM		
LUGAR DE NACIMIENTO	VENEZUELA	ANZOATEGUI	BOLIVAR	EL CARMEN
DIRECCIÓN: ••••••••••				

C Datos del Certificado de Médico de Nacimiento:

CERTIFICADO Nº: 6929460	FECHA DE EXPEDICIÓN: 27-11-2014	NOMBRES Y APELLIDOS DE LA AUTORIDAD QUE LO EXPIDE: AURA MARTINEZ
NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD: HOSPITAL DE LAS GARZAS		

D Hija o Hijo de (Datos de la Madre):

NOMBRES: GENIXSE DE LOS ANGELES		PRIMER APELLIDO: AGUILERA		SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº: V.-20447108	CEDULA[X] PASAPORTE[ ] OTROS [ ]	EDAD: 23		NACIONALIDAD: VENEZOLANA
PROFESION U OCUPACION:CAJERA		COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA: ••••••••••		
DIRECCION DE RESIDENCIA: URBANIZACION BOYACA II SECTOR III VEREDA 60 CASA NUMERO 17 PARROQUIA EL CARMEN MUNICIPIO SIMON BOLIVAR ESTADO ANZOATEGUI				DECLARANTE[X]
DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: DOCUMENTO PUBLICO[ ] CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL[ ] DECLARACIÓN DE TESTIGOS[ ]				

E Hija o Hijo de (Datos del Padre):

NOMBRES: CESAR ENRIQUE		PRIMER APELLIDO: RAMOS		SEGUNDO APELLIDO: LUGO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº: V.-21721632	CEDULA[X] PASAPORTE[ ] OTROS [ ]	EDAD: 23		NACIONALIDAD: VENEZOLANA
PROFESION U OCUPACION MECANICO		COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA: ••••••••••		
DIRECCION DE RESIDENCIA: URBANIZACION BOYACA II SECTOR III VEREDA 60 CASA NUMERO 17 PARROQUIA EL CARMEN MUNICIPIO SIMON BOLIVAR ESTADO ANZOATEGUI				DECLARANTE[X]
DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: DOCUMENTO PUBLICO[ ] CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL[ ] DECLARACIÓN DE TESTIGOS[ ]				

F Datos del Declarante (Sólo en caso de ser distinto a Padre o Madre):

NOMBRES Y APELLIDOS: •••••••••• ••••••••••		CARACTER CON QUE ACTUA: ••••••••••	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ••••••••••	CEDULA[ ] PASAPORTE[ ] OTROS [ ]	EDAD ••••••••••	NACIONALIDAD ••••••••••
PROFESION U OCUPACION ••••••••••		COMUNIDAD INDÍGENA: ••••••••••	
DIRECCION: ••••••••••			

G Datos de Testigos:

NOMBRES Y APELLIDOS: DANIELA DEL CARMEN DUARTE MONTERO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº: V.-25509869	EDAD:19	PROFESION U OCUPACION: COMERCIANTE	
CEDULA[X] PASAPORTE[ ] OTROS [ ]	NACIONALIDAD: VENEZOLANA	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA: ••••••••••	
DIRECCION DE RESIDENCIA: URBANIZACION JOSE ANTONIO ANZOATEGUI EDIFICIO 14 APARTAMENTO 02 PARROQUIA SAN CRISTOBAL MUNICIPIO SIMON BOLIVAR ESTADO ANZOATEGUI			
NOMBRES Y APELLIDOS: EDUARDO RAMON CUAREZ SPLUGUEZ			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº: V.-22572752	EDAD: 22	PROFESION U OCUPACION:COMERCIANTE	
CEDULA[X] PASAPORTE[ ] OTROS [ ]	NACIONALIDAD: VENEZOLANA	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA: ••••••••••	
DIRECCION DE RESIDENCIA: URBANIZACION JOSE ANTONIO ANZOATEGUI EDIFICIO 14 APARTAMENTO 02 PARROQUIA SAN CRISTOBAL MUNICIPIO SIMON BOLIVAR ESTADO ANZOATEGUI			

Escaneado con CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL - GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FORMATO ATENCIÓN DE UNICA VEZ POR URGENCIAS PARA PACIENTES EXTRANJEROS DE PAISES FRONTERIZOS EN CONDICIÓN DE IRREGULARIDAD

CÓDIGO: MI-SP-FT-015
VERSIÓN: 02
FECHA: 2021-07-07

DIA	MES	AÑO	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD:
23	10	21	Chircales.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Anabella de los Angeles Ramos Aguilera

NUMERO DE DOCUMENTO _____ HISTORIA CLÍNICA _____

FECHA NACIMIENTO 27-11-2014 EDAD 6 años

LUGAR DE NACIMINETO (MUNICIPO / ESTADO / CIUDAD)
Barcelona - Anzoategui - Venezuela

GENERO HOMBRE ____ MUJER X NO BINARIO ____

SEXO MASCULINO ____ FEMENINO X INTERSEXUAL ____

PERSONA EN CONDICION DE DISCAPCIDAD SI ___ NO X

Cual: _____

BARRIO DONDE RESIDE ACTUALMENTE El Portal

DIRECCIÓN: Calle 52 B Sur 4P-49

LOCALIDAD: Rafael Uribe ESTRATO: 1

ESTADO CIVIL SOLTERO ____ CASADO ____ UNION LIBRE X OTRO

____ Cual _____

TELEFONOS DE CONTACTO 3212575170

CORREO ELECTRÓNICO glosangeles@hotmail.com

NOMBRES COMPLETOS DE MADRE Geniré de los Angeles Aguilera Rodriguez

NOMBRES COMPLETOS DE
PADRE César Enrique Ramos Lugo

ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO: SI: ___ NO X Cuantos meses de embarazo tiene: _____

TIENE HERMANOS: SI: X NO: ___ CUANTOS: 2 niños

TIENE HIJOS: SI: ___ NO: X CUANTOS: _____ EDAD DE SUS HIJOS: _____

******La siguiente información, se debe diligenciar si usted respondió que tiene hijos. Gracias******

SUS HIJOS ACTUALMENTE ESTUDIAN: SI: X NO. ___ EN QUE INSTITUCIÓN / COLEGIO / JARDIN SE ENCUENTRAN I.E. Alexander Fleming

CURSO O GRADO EN EL CUAL SE ENCUENTRAN Transición

JORNADA Mañana

ACTIVIDAD ECONÓMICA (Condiciones socio-familiares y económicas del usuario)

SI, VIVE EN PAGADIARIO, CUANTO PAGA: _____

TIPO DE VIVIENDA: CASA: ____ APARTAMENTENTO: X HABITACIÓN: ____ OTRO,

Cual?: _____

Escaneado con CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FORMATO ATENCIÓN DE ÚNICA VEZ POR URGENCIAS PARA PACIENTES EXTRANJEROS DE PAÍSES FRONTERIZOS EN CONDICIÓN DE IRREGULARIDAD

CÓDIGO: MI-SP-FT-015
VERSIÓN: 02
FECHA: 2021-07-07

PAGA ARRIENDO SI X NO ___ CUANTO ES EL VALOR DE 350 mil pesos

ARRIENDO _____

PAGA SERVICIOS PUBLICOS SI X NO ___ CUALES Agua - Luz - Gas

CUANTO ES EL VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS 90 mil pesos

CUANTO PAGAN DE MERCADO Y/O ALIMENTACIÓN 900 mil pesos

TRABAJA ACTUALMENTE SI ___ NO X EN QUE

TRABAJA Papa

SI NO TRABAJA, QUIEN CUBRE LOS GASTOS

ECONOMICOS Padre

CON QUIEN VIVIÁ EN SU PAÍS DE ORIGEN O DONDE RESIDIDA

ANTERIORMENTE: Papa - Mamá - Hermanos - Abuela

HACE CUANTO LLEGO A COLOMBIA 2 años 2 meses

POR DONDE CRUZO FRONTERA Y CON QUIEN: Puente

ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE EN

BOGOTA Mama - papa - tio - Abuela - hermanos

CUENTA CON UNA RED DE APOYO FAMILIAR: SI ___ NO X DATOS DE CONTACTO DEL

APOYO _____

HA REALIZADO PREREGISTRO VIRTUAL ANTE MIGRACIÓN COLOMBIA SI X NO ___

FECHA ENROLAMIENTO BIOMETRICO: 24 / 03 / 2022

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE: Yenssi Aquilera DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 20.447.108

TELEFONOS: 3212575170 CORREO ELECTRONICO: glocangeles@hotmail.com

MOTIVO DE

CONSULTA: Dificultad Respiratoria

FIRMA DEL USUARIO:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN DILIGENCIA:

Declaro que:

- No cuento con los ingresos suficientes para afiliarme al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo.
- Requiero de servicios de salud y no cuento con capacidad de pago para asumir el 100% del costo de dichas atenciones.

Escaneado con CamScanner

• Requiero del subsidio a la oferta de servicios de salud para la garantía de mi derecho a la Salud.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo, este documento.

Firma:

Nombre: Yeniva Aguilera

Identificación: CV 20447108

Huella



Escaneado con CamScanner