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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3588 2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADADNO
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ **C.C.** 51.949.570 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-09 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **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	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 5.049.000	1203	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 6.732.000	1685	2021-06-16	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	$ 3.366.000	$ 417.700	9415831960
2	MARZO	$ 3.366.000	$ 618.800	9416818843
3	ABRIL	$ 3.366.000	$ 618.800	9418069502
4	MAYO	$ 3.366.000	$ 618.800	9419288370
5	JUNIO	$ 1.683.000	$ 618.800	9420918126
6	JULIO	$ 3.366.000	$ 618.800	9422104252
7	AGOSTO	$ 3.366.000	$ 618.800	9423305868
8	SEPTIEMBRE	$ 1.258.000	$ 618.800	9423305861
9	SEPTIEMBRE	$ 1.904.000	$ 618.800	9423305861
10	OCTUBRE	$ 782.000	$ 618.800	9425863417
11	OCTUBRE	$ 2.584.000	$ 618.800	9425863417
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	$ 28.407.000	$ 1.887.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN 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 en la oficina de Trabajo Social 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.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada - NOTAS EN DINAMICA
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.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares de los servicios asignados.
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 tramites 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
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 Octubre se realizo sensibilizacion a redes de apoyo sociales y familiares sobre el horario de visitas y la circular 036 - restriccion de visitas.
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría 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.	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que con lleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual	Actas de reunion

Observaciones:	**Firma del Contratista**
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	**C.C.** 51.949.570 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA YOLANDA CAMELO
CARGO:	Jefe de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

Cuenta de Cobro 011

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:
SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ
C.C. 51.949.570 de Bogotá

LA SUMA DE:

DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS
($ 2.584.000)

Por concepto de:

- Prestación de servicios Profesionales como trabajador social, en el área de participación comunitaria y servicio al ciudadano, en cumplimiento del contrato PS 3588 2021 correspondiente del 08 al 31 de octubre de 2021.

OBJETO: Prestar servicios de acuerdo con 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,

Solanyi Katiana Vergara Cruz
Teléfono: 3158226969
Dirección: Carrera 72C No.10 A -14
No. Cuenta bancaria Banco BBVA Ahorros No.001300740200114133
Fecha: 31 de octubre de 2021

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51949570		VERGARA CRUZ SOLANYI KATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72C 10A 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2922816	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	1170109249	94258634 17	1	2021/10/19	2021/10/19	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC 51949570	VERGARA SOLANYI	23-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$1,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$1,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0

OK
aviso
agosto/2021

2021/10/18 03:07 PM

Valor pendiente de entrega:

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3588 2021 ABRIL 2021.pdf	PS 3588 2021 ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 AGOSTO 2021.pdf	PS 3588 2021 AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 del 01 al 12 de SEPTIEMBRE 2021.pdf	PS 3588 2021 del 01 al 12 de SEPTIEMBRE 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 del 13 al 30 de SEPTIEMBRE 2021.pdf	PS 3588 2021 del 13 al 30 de SEPTIEMBRE 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 FEBRERO 2021.pdf	PS 3588 2021 FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 JULIO 2021.pdf	PS 3588 2021 JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 JUNIO 2021.pdf	PS 3588 2021 JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 MARZO 2021.pdf	PS 3588 2021 MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3588 2021 MAYO 2021.pdf	PS 3588 2021 MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 3588 2021 SEPTIEMBRE 2021.pdf (Archivado)	PS 3588 2021 SEPTIEMBRE 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Volver

Modificar | < | >

ok sidma

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 132998

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención:	SUBRED CENTRO ORIENTE	**Nombre USS:**	HOSPITAL CENTRO ORIENTE	**NIT:**	8300776445
Punto de Atención:	Hospital Jorge Eliecer Gaitan				
Trabajador Social:	SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ	**Tarjeta Profesional:**	51949570	**Fecha Estudio:**	30/10/2021

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

Identificación:	AS: VEN28679524	**Nombre:**	LEON SIRIT MAURIMAR DEL VALLE		
F. Nacimiento:	14/06/2001	**Dirección:**	NO INFORMA		
Departamento:		**Localidad:**	SANTA FE	**Barrio:**	EL GUAVIO
Estrato:	1	**Celular:**	3229747340	**Teléfono:**	3144530793
Email:		**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

INGRESA MUJER DE 20 AÑOS, CIUDADANA VENEZOLANA, SE REALIZA VERIFICACION DATOS EN COMPROBADOR DE DERECHOS Y ADRES, NO TIENE AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO NI SUBSIDIADO, NO TIENE ENCUESTA SISBEN, NO HA REALIZADO NINGUN TRAMITE ANTE MIGRACION COLOMBIA, SE ENCUENTRA IRREGULAR EN EL PAIS.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

INGRESA MUJER DE 20 AÑOS, CIUDADANA VENEZOLANA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR ABORTO NO ESPECIFICADO, EN ENTREVISTA LA SEÑORA LEON INFORMA QUE SE ENCUENTRA EN COLOMBIA HACE 5 AÑOS, VIAJO DESDE VENEZUELA PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA, VIVE EN EL BARRIO EL GUAVIO DE LA LOCALIDAD SANTAFE. SE ORIENTA PARA QUE REALICE TRAMITES ANTE MIGRACION COLOMBIA PARA LEGALIZAR SI SITUACION EN EL PAIS.

ANTECEDENTES FAMILIARES

LA SEÑORA LEON INFORMA QUE VIVE CON SU COMPAÑERO SENTIMENTAL WILMER LEAL Y SU HIJA SHIRLEY VALENTINA DE 2 AÑOS DE EDAD, EN EL BARRIO EL GUAVIO DE LA LOCALIDAD SANTA FE.

Escaneado con CamScanner

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

LA SEÑORA LEON INFORMA QUE ES AMA DE CASA, SU COMPAÑERO SE DEDICA A LOS OFICIOS VARIOS, CON LOS INGRESOS PAGAN ARRIENDO, ALIMENTACION, MANUTENCION DE LA NIÑA, GASTOS DEL HOGAR. NO TIENE APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA, NO RECIBEN NINGUN SUBSIDIO, NO TIENE CAPACIDAD DE PAGO POR PRESENTAR INSOLVENCIA ECONOMICA.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

FAMILIA NUCLEAR ACTIVA

CONCEPTO SOCIAL

TENIENDO ENCUENTA LA SITUACION DESCRITA ANTERIORMENTE LA CIUDADANA VENEZOLANA INGRESA PARA ATENCION EN SALUD SEGUN CONTRATACION VIGENTE POR SER ATENCION INICIAL DE LA URGENCIA, POR NO TENER SUBSIDIO EN SALUD, POR NO TENER CAPACIDAD DE PAGO, POR PERTENECER A UN PAIS FRONTERIZO. DE ACUERDO AL DECRETO 780, ARTICULO 2.1.1.4 SE APLICA EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE Y SE PRESUMIRA QUE TODAS SUS AFIRMACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL. SE REALIZARA REPORTE A MIGRACION COLOMBIA POR PARTE DEL AREA 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: **30/04/2022**

Firma: _____

Nombre: SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ

Identificación: CC: 51949570

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

OK. Sidmd

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 133040

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL CENTRO ORIENTE **NIT:** 8300776445

Punto de Atención: Hospital Jorge Eliecer Gaitan

Trabajador Social: SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ **Tarjeta Profesional:** 51949570 **Fecha Estudio:** 31/10/2021

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

Identificación:	AS: VEN22726871	**Nombre:**	GARCIA APALCEDO LUIS ALEJANDRO		
F. Nacimiento:	18/12/1992	**Dirección:**	VALLE 17 A 16 32		
Departamento:		**Localidad:**	LOS MARTIRES	**Barrio:**	LA FAVORITA
Estrato:	1	**Celular:**	3138232980	**Teléfono:**	
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Unión marital de hecho	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
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

INGRESA HOMBRE DE 28 AÑOS, CIUDADANO VENEZOLANO AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE REALIZA VERIFICACION DE DATOS EN COMPROBADOR DE DERECHOS Y ADRES, NO HAY REGISTRO DE AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO NI SUBSIDIADO, NO TIENE ENCUESTA SISBEN, NO HA REALIZADO NINGUN TRAMITE ANTE MIGRACION COLOMBIA, SE ENCUENTRA IRREGULAR EN EL PAIS, SE ENCUENTRA INDOCUMENTADO.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

INGRESA HOMBRE DE 28 AÑOS, CIUDADANO VENEZOLANO AL SERVICIO DE URGENCIAS TRAIDO POR LA POLICIA PORQUE " LO COGIERON ROBANDO EN SAN VICTORINO Y LO IBAN A LINCHAR" . EN ENTREVISTA EL SEÑOR GARCIA INFORMA QUE SE ENCUENTRA EN COLOMBIA HACE 9 MESES VIAJO DESDE VENEZUELA CON SU FAMILIA POR LA SITUACION DE SU PAIS. SE ORIENTA PARA QUE REALICE TRAMITES ANTE MIGRACION COLOMBIA Y LEGALICE SU SITUACION EN EL PAIS COMO LA DE SU FAMILIA.

ANTECEDENTES FAMILIARES

EL SEÑOR GARCIA INFORMA QUE VIVE EN EL BARRIO LA FAVORITA DE LA LOCALIDAD LOS MARTIRES CON SU FAMILIA ESPOSA E HIJA, EL RESTO DE FAMLIA SE ENCUENTRA EN VENEZUELA.

Escaneado con CamScanner

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO No. 133040 Pagina 2/2

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

EL SEÑOR GARCIA INFORMA QUE ES VENDEDOR AMBULANTE, SU ESPOSA ES AMA DE CASA Y TIENE UN BEBE DE 6 MESES, CON LOS INGRESOS DE LAS VENTAS PAGAN ARRIENDO HABITACION EN UN PAGADIARIO, ALIMENTACION Y MANUTENCION DEL BEBE. NO TIENE INGRESOS FIJO, NO TIENE NINGUN APOYO ECONOMICO, NO TIENEN CAPACIDAD ECONOMICA QUE LES PERMITA AFILIARSEN AL REGIMEN CONTRIBUTIVO, SU TRABAJO ES INFORMAL.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

FAMILIA NUCLEAR ACTIVA

CONCEPTO SOCIAL

TENIENDO EN CUENTA LA SITUACION DESCRITA ANTERIORMENTE, EL CIUDADANO VENEZOLANO INGRSA PARA ATENCION EN SALUD SEGUN CONTRATACION VIGENTE POR SER ATENCION INICIAL DE LA URGENCIA, POR NO TENER SUBSIDIO EN SALUD, POR NO TENER CAPACIDAD DE PAGO, POR PERTENECER A UN PAIS FRONTERIZO. DE ACUERDO AL DECRETO 780, ARTICULO 2.1.1.4 SE APLICA EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE Y SE PRESUMIRA QUE TODAS SUS AFIRMACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL. SE REALZARA REPORTE A AL PLATAFORMA DE MIGRACION COLOMBIA POR PARTE DEL AREA 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: 30/04/2022

Firma:

Nombre: SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ

Identificación: CC: 51949570

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