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**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3615 2021 | **C.D.P. No.:** | 306 | **Proceso al que pertenece:** | Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | Unidad Prestadora de Servicios Olaya |
| **Nombre del Contratista:** | SANDRA MILENA FORERO GARCÍA | | | **C.C.** | 1.121.865.171 **de:** Villavicencio |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-10 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 3.366.000 **Valor a cobrar:** $ 3.366.000 |

| 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 | $ 3.366.000 | 3515 | 2021-11-01 | 2021-11-30 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.366.000 | $ 432.600 | 9414658275 |
| 2 | MARZO | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9416937737 |
| 3 | ABRIL | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9416980863 |
| 4 | MAYO | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9419273084 |
| 5 | JUNIO | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9420457133 |
| 6 | JULIO | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9421622784 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9422834916 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.343.000 | $ 443.600 | 9424017486 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 2.023.000 | $ 443.600 | 9424017486 |
| 10 | OCTUBRE | $ 782.000 | $ 443.600 | 9425245806 |
| 11 | OCTUBRE | $ 2.584.000 | $ 443.600 | 9425245806 |
| 12 | NOVIEMBRE | $ 3.366.000 | $ 443.600 | 9426460378 |
| 13 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.732.000 | $ 33.660.000 | $ 33.660.000 | $ 0 |

## 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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

| | 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. | Se realizarón asesorias u orientaciones en aseguramiento verificando en bases de datos y basadas en la norma vigente. Se gestionó la atención de pacientes en unidades de mediana y baja complejidad. | Se realiza desde la oficina de atención al usuario y Trabajo Social orientaciones en tramites administrativos a usuarios que asi lo requieran a demanda según asistencia a la unidad. |
| 2 | Relizar 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. | Se realiza actualización permanente en la base de datos (drive) y se realiza nota en la historia clinica de las gestiones realizadas. | Se registra en la base de datos Drive de la Oficina las poblaciones especiales atendidas según ingreso a los servicios hospitalarios y de consulta Externa. |
| 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 de Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano | Se realiza censo hospitalario en la unidad correspondiente según programación de turnos. | Se realiza según turnos programados censo de los pacientes de la unidad para identificar posibles pacientes a intervenir y realizar registro en la historia clinica, Se recibe turno con personal medico y de enfermeria. |
| 4 | Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que asi 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 Centro Oriente E.S.E. | Se realiza tramite de oxigeno domiciliario a pacientes en abandono social o que no tengan red de apoyo familiar. | Los pacientes que requieren de apoyo por el área para tramite de oxigeno domiciliaria las gestiones realizadas queda registro en la historia clinica, se apoya cuando se requiere la unidad |
| 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. | Se realizan los reportes respectivos de las pacientes identificados como habitantes de calle al correo designado para programar la respectiva visita de verificación. | Las solicitudes de certificación de pacientes habitantes de calle quedan soportados en el correo electronico institucional tambien con registró en la historia clinica. |
| 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. | Mensualmente se realiza seguimiento a las actividades registradas en el aplicativo SIDMA por parte de los mienbros de la oficina de atención al usuario. | Con el usuario de SIDMA asignado el cual es compartido se realiza el registro de las barreras a demanda según se presentan los casos. |
| 7 | Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva. | Las atenciones brindadas a la población gestante son resolutivas y amables. | Se realiza desde la oficina de atención al usuario y Trabajo Social orientaciones en tramites administrativos a usuarios que asi lo requieran a demanda según asistencia a la unidad. |
| 8 | Asistir tecnicamente, 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 satisfcción asignadas al proceso. | Se realiza de manera mensual la aplicación, seguimiento y verificación a las encuestas de satisfacción correspondiente a las unidades de San Cristobal y Uhmes San Blas. | Como referente de las unidades de Rafael Uribe s se realizan reuniones mensuales y se cuenta con acta de reunión en AZ ubicada en la oficina. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaria Distrital de Integración Social y/o pacientes que reciben este tipo de población. | Se realiza reporte a Secretaria de Integración Social de los pacientes en abandono para visita de validación asi mismo se gestiona con hogares y fundaciones sin animo de lucro | Se registra en la base de datos Drive de la Oficina los pacientes en abandono según ingreso a los servicios hospitalarios y de urgencias, en la unidad de ubicación actual Olaya no se cuenta con abandonos. |
| 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 necedidad de personal que hace parte integral del presente contato | Se cumple a cabalidad con las actividades designadas en el contrato y las demás designadas según la necesidad del servicio. | De dichas actividades realizadas según necesidad del servicio se encuentran protocolos e instructivos de atención cargados en las plataformas institucionales y asistencia a reuniones delegadas por lider de la oficina. |

**Observaciones:**

Sandra Forero G.
**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.** 1.121.865.171 **de** Villavicencio

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MARIA YOLANDA CAMELO REYES |
| **CARGO:** | JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| **FIRMA** | Yolanda Camelo |

**Cuenta de Cobro 012**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

**NIT. 900959051–7**

DEBE A:

SANDRA MILENA FORERO GARCIA
C.C. 1121865171

LA SUMA DE:

Tres millones trescientos sesenta y seis mil pesos
($3.366.000)

Por concepto de:

- Prestación de servicios como TRABAJADORA SOCIAL, en cumplimiento del contrato PS 3615 2021 correspondiente del 01 al 30 de Noviembre 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,

Sandra Forero G.

SANDRA MILENA FORERO GARCIA
Teléfono: 3115131243 Dirección: CRA 29 # 28-49 SUR
No. Cuenta bancaria Banco Davivienda Ahorros No. 0550008400807635

Fecha: 30 de Noviembre

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1121865171 | | FORERO GARCIA SANDRA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 29 # 28 - 49 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 1184515198 | 9426460378 | I | 2021/11/18 | 2021/11/02 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $443,600 |

## 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 | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,346,400 | $215,500 | | | $1,346,400 | $168,300 | | | $1,346,400 | $27,000 | | | $1,346,400 | $32,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $1,346,400 | $215,500 | | | $1,346,400 | $168,300 | | | $1,346,400 | $27,000 | | | $1,346,400 | $32,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,346,400 | $215,500 | | | $1,346,400 | $168,300 | | | $1,346,400 | $27,000 | | | $1,346,400 | $32,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1121865171 | FORERO SANDRA | 230301 | 30 | $1,346,400 | $215,500 | EPS005 | 30 | $1,346,400 | $168,300 | CCF24 | 30 | $1,346,400 | $27,000 | 14-7 | 30 | $1,346,400 | $32,800 | 30 | $0 | $0 |
| **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 |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1121865171 | | FORERO GARCIA SANDRA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 29 # 28 - 49 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 1184515198 | 9426460378 | I | 2021/11/18 | 2021/11/02 | 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 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $215,500 | $0 | $0 | $215,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,800 | $0 | $0 | $32,800 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 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 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $168,300 | $0 | $0 | $168,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $443,600 | $0 | $0 | $443,600 |

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 11:11:35 SANDRA FORERO

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS-3615-2021 Mes Febrero 2021..pdf | PS-3615-2021 Mes Febrero 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes Marzo 2021..pdf | PS-3615-2021 Mes Marzo 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes Abril 2021..pdf | PS-3615-2021 Mes Abril 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS-3615-2021 Mes Mayo 2021..pdf (Archivado) | PS-3615-2021 Mes Mayo 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 MES MAYO 2021.pdf | PS-3615-2021 MES MAYO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes Junio 2021..pdf | PS-3615-2021 Mes Junio 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes Julio 2021..pdf | PS-3615-2021 Mes Julio 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes AGOSTO 2021..pdf | PS-3615-2021 Mes AGOSTO 2021..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 Cuenta No.1.pdf | PS-3615-2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 Cuenta No.1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 Cuenta No.2.pdf | PS-3615-2021 Mes SEPTIEMBRE 2021 Cuenta No.2.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta No.1.pdf | PS-3615-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta No.1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS-3615-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta No.2.pdf (Archivado) | PS-3615-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta No.2.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS-3615-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta N.2.pdf | PS-3615-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta N.2.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

# ESTUDIO SOCIAL DEL CASO



**No. 136279**

## DATOS SUBRED - USS

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

**Punto de Atención:** Cami Chircales

**Trabajador Social:** SANDRA MILENA FORERO GARCIA **Tarjeta Profesional:** 1121865171 **Fecha Estudio:** 27/11/2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | AS: VEN25660886 | **Nombre:** | CHACIN CHARLES ALI JAVIER | | |
| **F. Nacimiento:** | 12/06/1994 | **Dirección:** | NO SABE | | |
| **Departamento:** | | **Localidad:** | RAFAEL URIBE URIBE | **Barrio:** | CHIRCALES |
| **Estrato:** | 1 | **Celular:** | 00 | **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

Se acerca al CAPS Olaya el señor Ali Javier Chacin Chacin solicitando la oferta de servicios de salud de urgencias por Fondo Financiero Distrital como población vinculada, 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.

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Paciente 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 dolor en pecho 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 se encuentran registros por lo que se realiza estudio social de caso en línea válido por la urgencia.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente de género masculino de 27 años de edad de nacionalidad Venezolana quien se encuentra en la ciudad de Bogotá desde hace 2 años cuando se vio obligado a migrar de Venezuela debido a la situación económica y política que atraviesa esta nación en busca de un mejor futuro paciente quien tiene grado de escolaridad bachiller incompleto, manifiesta vive en apartamento de tenencia arrendada donde reside en compañía de su actual pareja y su hijastra, paciente manifiesta tiene un hijo de 5 años el cual se encuentra a cargo de su progenitora. Paciente manifiesta que cruzó la frontera por Maicao, paciente se muestra poco colaborador no brinda datos de contacto o dirección de domicilio.

Escaneado con CamScanner

**ESTUDIO SOCIAL DEL CASO No.** 136279 

**ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente quien refiere labora en oficios varios y con lo que devenga solventa los gastos de alimentación, arriendo $450.000, entre otros gastos diarios.

**REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES**

Paciente quien no cuenta con red de apoyo primaria en el país, según refiere no recibe ayudas institucionales, se apoya en redes 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. Paciente quien refiere no ha realizado registro en migración Colombia.

**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:** _____

**Nombre:** _____

**Identificación:** _____

HUELLA

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

**Vigencia Estudio Social del Caso:** **27/05/2022**

**Firma:** Sandra Forero G

**Nombre:** SANDRA MILENA FORERO GARCIA

**Identificación:** CC: 1121865171

**Tarj. Profesional:** 2783611097

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

| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>MISIONAL – GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS<br>FORMATO ATENCIÓN DE ÚNICA VEZ POR URGENCIAS PARA PACIENTES EXTRANJEROS DE PAISES FRONTERIZOS EN CONDICIÓN DE IRREGULARIDAD | CÓDIGO: MI-SP-FT-015<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2021-07-07 |

• 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 Ali dracin

Nombre: X Ali Javier dracin chacler

Identificación: X 25.660.886

Huella:

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

# ESTUDIO SOCIAL DEL CASO



**No. 136349**

## DATOS SUBRED - USS

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

**Punto de Atención:** Cami Chircales

**Trabajador Social:** SANDRA MILENA FORERO GARCIA **Tarjeta Profesional:** 1121865171 **Fecha Estudio:** 28/11/2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | MS: VEN7319110 | **Nombre:** | GUANIPA CARRERO DARNIELY VALENTINA | | |
| **F. Nacimiento:** | 25/10/2015 | **Dirección:** | DG 48 M SUR # 5R-57 | | |
| **Departamento:** | | **Localidad:** | RAFAEL URIBE URIBE | **Barrio:** | MARRUECOS |
| **Estrato:** | 1 | **Celular:** | 3222716567 | **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:** | **Nombre:** | **Télefono:** | |

## DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Se acerca al Caps Olaya la señora Daniela Carrero solicitando los servicios de salud para su hija Darniely Valentina Guanipa 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. Paciente menor de edad quien no cuenta con documentación legal en el país.

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Paciente quien ingresa al servicio de urgencias de la unidad CAPS Chircales solicitando servicios de salud por urgencias debido a que cuenta con un diagnóstico de cefalea intensa con afectación en el ojo derecho asociado ha rinofaringitis 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 encuentrán registros por lo que se realiza estudio social de caso en línea válido por la urgencia.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente de género femenino de 6 años de edad de nacionalidad venezolana quien se encuentra en compañía de su progenitora quien en entrevista refiere núcleo familiar que se encuentra en el país desde hace 4 años es cuando se vieron obligados a migrar de su país de origen Venezuela debido a la situación económica y politica que atraviesa su nación. La acudiente de la paciente refiere viven en apartamento de tenencia arrendada donde reside la paciente con su progenitora la señora Daniela Carrero de 35 años, su esposo y padre de la menor con quien sostiene una relación hace 20 años el señor de 35 años Darwin Guanipa. Núcleo familiar que cruzó la frontera por Maicao.

Escaneado con CamScanner

**ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente menor de edad quien depende económicamente de la labor que desempeñan sus padres laborando en los almacenes del san Victorino como cajeros y con lo que devengan solventan los gastos de alimentación, arriendo 450.000, servicios, comparten gastos con familia extensa.

**REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES**

Paciente quien cuenta con red de apoyo familiar, así mismo se apoyan en las redes comunitarias y reciben ayudas institucionales encontrándose escolarizado en el colegio Marruecos en la jornada de la mañana.

**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 SGSSS. 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. La acudiente manifiesta que ya realizaron registro ante migración Colombia y tiene la cita el 03/03/2022.

**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:** **28/05/2022**

**Firma:** Sandra Forero G

**Nombre:** SANDRA MILENA FORERO GARCIA

**Identificación:** CC: 1121865171

**Tarj. Profesional:** 278x110e-I

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

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Norte de Santander<br>Gobierno Digital | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>MISIONAL – GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS<br>FORMATO ATENCIÓN DE UNICA VEZ POR URGENCIAS PARA PACIENTES<br>EXTRANJEROS DE PAÍSES FRONTERIZOS EN CONDICIÓN DE IRREGULARIDAD | CÓDIGO SUSP-FT-015<br>VERSIÓN 01<br>FECHA 2021-07-07 |

• 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: Huai Sotopo

Nombre: Huai Sotopo

Identificación: 7686 875 861 608 197 6

Huella

Escaneado con CamScanner