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-3600 - 2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE **C.C.** 80.723.517 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-07 **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	01/04/21	30/04/21
2	$ 5.049.000	1203	01/05/21	15/06/21
3	$ 6.732.000	1685	16/06/21	15/08/21
4	$ 3.366.000	2387	16/08/21	15/09/21
5	$ 1.683.000	2729	16/09/21	30/09/21
6	$ 1.683.000	3069	01/10/21	15/10/21
7	$ 1.683.000	3255	16/10/21	31/10/21
8	$ 3.366.000	3515	01/11/21	30/11/21
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.366.000	$ 432.600	1035651264
2	MARZO	$ 3.162.000	$ 443.600	1036381019
3	ABRIL	$ 3.366.000	$ 443.600	1036856930
4	MAYO	$ 3.366.000	$ 443.600	1036859141
5	JUNIO	$ 3.366.000	$ 443.600	1037815250
6	JULIO	$ 3.366.000	$ 443.600	1038960530
7	AGOSTO	$ 3.264.000	$ 443.600	1038961041
8	SEPTIEMBRE	$ 1.343.000	$ 443.600	1039459284
9	SEPTIEMBRE	$ 2.023.000	$ 443.600	1039459284
10	OCTUBRE	$ 782.000	$ 443.600	1040330725
11	OCTUBRE	$ 2.584.000	$ 443.600	1040330725
12	NOVIEMBRE	$ 3.366.000	$ 443.600	1040778535
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	$ 33.660.000	$ 33.354.000	$ 306.000

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:** 2021-11-01 **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.	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 san blas	Atencion presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes y fines de semana según disponibilidad (80
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 gestión realizada con matriz de 2 abandonos
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 pacientes de los servicios hospitalizacion (110 casos de gestion de
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 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 38 oxigenos
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 SAN BLAS se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico tsocialsanblas@subredcentrooriente.gov.co, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion I plena identidad
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 SI CUENTANOS 10 SOPORTES
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	N/A

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	funcionarios : 35 capacitados , usuario 48 , y encuentas 18 a pacientes
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	ubicación de hogares 2 solicitud e cupos 1
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 reunion)reunion de equipo 1 mensual 17 de noviembre), (reunion con jefe de equipo 1 mensual 18 de noviembre)

TURNO DE FIN DE SEMANA EL DIA 13 Y 14 DE NOVIEMBRE

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

Firma del Contratista

C.C. 80.723.517 **de** BOGOTA

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

Cuenta de Cobro 012

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:
FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE
C.C. 80723517

LA SUMA DE:

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

Por concepto de:

- Prestación de servicios profesionales como Trabajador Social, en cumplimiento del contrato PS 3600 - 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,

Fabio Nelson López Viuche
Teléfono: 3138698265
Dirección: carrera 17h nº 70b – 24 sur
No. Cuenta bancaria Banco Bogotá 447064452
Fecha: 30 de noviembre de 2021

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-16, 07:42:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040778535

Periodo Cotización: octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8853435060

PAGADO 16/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE		
Documento	CC80723517	**Dirección**	CR 17H #70 B - 24 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138698265
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80723517	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1.346.400	$ 215.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.346.400	$ 168.300	2,436	$ 1.346.400	$ 32.800	(CCF21) CAFAM	$ 1.346.400	$ 27.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 443.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.346.400	$ 1.346.400	$ 1.346.400	$ 1.346.400	$ 215.500	$ 168.300	$ 32.800	$ 27.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 443.600	$ 0	$ 443.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

HISTORIA CLINICA DE GESTION DE TRABAJO SOCIAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

FECHA DE FOLIO: 13/11/2021 1:25:26 p. m. **N° FOLIO:** 44

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 80064808 **IDENTIFICACION:** 80064808 **EDAD:** 42 Años \ 4 Meses \ 1 Dias
NOMBRE PACIENTE: JOSE ERNESTO CITA RONCANCIO **FECHA DE NACIMIENTO:** 17/07/1979 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 2
ENTIDAD: RS322 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CALLE 4 2A 05 INT 4 **TELEFONO:** 3006500 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

ANALISIS DE LA SITUACION Paciente de 42 años quien por llamado de servicio de enfermeria para ubicacion de red de apoyo familiar, desde el area de trabajo social se ubica a la señora ANGELY CITA (hermana) cc 1026262032 al telefono 3222955424 - 3118031759 direccion calle 4 n° 2a - 05 barrio belen localidad de santa fe, se explica como resolucion 032 de 2020 " NO SE PERMITEN VISITAS EN AREAS HOSPITALARIAS COMO MEDIDA PREVENTIVA AN TE PANDEMIA" el cual el familiar de paciente dice entender y aceptar.

PLAN DE TRABAJO Paciente de 42 años quien por llamado de servicio de enfermeria para ubicacion de red de apoyo familiar, desde el area de trabajo social se ubica a la señora ANGELY CITA (hermana) cc 1026262032 al telefono 3222955424 - 3118031759 direccion calle 4 n° 2a - 05 barrio belen localidad de santa fe, se explica como resolucion 032 de 2020 " NO SE PERMITEN VISITAS EN AREAS HOSPITALARIAS COMO MEDIDA PREVENTIVA AN TE PANDEMIA" el cual el familiar de paciente dice entender y aceptar.

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	08/10/2019	NIEGA
Quirúrgicos	08/10/2019	LAPAROTOMIA POR HERIDA POR ARMA DE FUEGO , LESION VENA FEMORAL
Alérgicos	08/10/2019	NIEGA
Farmacológicos	08/10/2019	NIEGA
Médicos	23/12/2019	NIEGA
Quirúrgicos	23/12/2019	TORACOSTOMIA BILATERAL, VENATANA PERICARDICA
Alérgicos	23/12/2019	NO CONOCIDO
Médicos	18/02/2020	DOLOR ABDOMINAL DE LARGA DATA - GASTRITIS CRONICA Y DUODENITIS EROSIVA (EVDA 14/01/2020) - PACIENTE SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, NO ADHERENCIA A CUIDADO NO FARMACOLOGICO -- SE INTERROGA SOBRE DIETA - PACIENTE USA BEBIDAS OSCURAS, CAFEINADAS, GASESOSAS, COMIDAD IRRITANTE E HIPERLIPIDICAS (EMPANADAS, FRITOS, EMBUTIDOS... ETC) ADEMAS TABAQUISMO PESADO - SE INFORMA DIETA SALUDABLE Y DE FORMA INTRUSIVA RESPONDE "ENTONCES QUE VOY A COMER, Y YO NO CREO QUE EL CIGARRILLO TENGA NADA QUE VER - Y ESO SI NO LO VOY A SUSPENDER"
Médicos	11/03/2020	GASTRTIS CRONICA
Alérgicos	11/03/2020	NO REFIERE
Farmacológicos	11/03/2020	NO REFIERE
Quirúrgicos	11/03/2020	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
Quirúrgicos	12/11/2021	LAPAROTOMIA POR HERIDA POR ARMA DE FUEGO , LESION VENA FEMORAL
Médicos	12/11/2021	NIEGA
Alérgicos	12/11/2021	NO CONOCIDOS
Farmacológicos	12/11/2021	NIEGA
Tóxicos	08/10/2019	Ninguno FUMADOR 1 PAQUETE DIARIO.
Tóxicos	12/10/2019	20 UND DIA DESDE LOS 14 AÑOS - 26 PAQ AÑO

Fumador: Actual Medida Fumador: False Tiempo Fumador: 26 Medida Exfumador: False Tiempo Exfumador: 0
Fumadores en Casa: False Exposición al humo: False Tiempo exposición: 0 Medida Exposición: False Mascotas en casa: False
Sustancias: Medida Sustancias: False Tiempo Sustancias: 0

Planifica: ☐

FUP: **G:** **P:** **A:** **C:** **V:** **E:** **M:**

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción	Principal
I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	☑

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 12824201
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica
RESPONSABLE: YISNERY CITA
AREA DE SERVICIO:

FECHA DE INGRESO: 12/11/2021 6:43:59 p. m.
CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
DIRECCION RESPONSABLE: 0
TELEFONO RESPONSABLE: 3222955424
CENTRO ATENCIÓN: 1JD - CAPS SANTA CLARA (SAN JUAN DE DIOS) **FECHA HC:** 13/11/2021 1:22:01 p. m.

LOPEZ VIUCHE FABIO NELSON
Trabajadora_Social
80723517

3600

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 134762

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Hospital San Blas

Trabajador Social: FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE **Tarjeta Profesional:** 80723517 **Fecha Estudio:** 14/11/2021

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

Identificación:	MS: VEN7705045	**Nombre:**	AYALA GONZALEZ DOMINICK JEREMIAS		
F. Nacimiento:	19/09/2018	**Dirección:**	CALLE 12 SUR N° 18 - 45 ESTE		
Departamento:		**Localidad:**	SAN CRISTOBAL	**Barrio:**	SAN CRISTOBAL
Estrato:	1	**Celular:**	3203848036	**Teléfono:**	
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Soltero(a)	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
Orient. Sexual:	Heterosexual	**M. Gestante:**	No Aplica	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

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

Datos Acudiente:

Identificación:	AS: VEN21597025	**Nombre:**	NERIMAR DEL CARMEN GONZALEZ	**Télefono:**	3203848036

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

SE ACERCA AL UMHES SAN BLAS LA SEÑORANERIMAR DEL CARMEN GONZALEZ SOLICITANDO LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD POR FONDO FINANCIERO DISTRITAL COMO POBLACIÓN VINCULADA PARA EL HIJO DE 3 AÑOS, DEBIDO A QUE ARGUMENTA NO CAPACIDAD DEPAGO PARA AFILIARSE A UNA EPS CONTRIBUTIVA O PAGAR EL 100% DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERA, SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTAJURAMENTADA CON EL FIN DE SOPORTAR LA ATENCIÓN POR FONDO FINANCIERO DISTRITAL. SE REALIZA VERIFICACIÓN EN BASES DE DATOS DE LO CUAL SE EVIDENCIAADRES, COMPROBADOR DE DERECHOS Y DNP NO REGISTRA.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

PACIENTE DE 3 AÑOS QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE LA MADRE DE NACIONALIDAD VENEZOLANAN QUIEN MENCIONA LLEVAR UN AÑO DE MANERA IRREGULAR EN EL TERRITORIO NACIONAL Y EL AUCLA INGRESA POR PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD QIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIER CUADRO CLINICO DE 1 DIA Y MEDIO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN FIEBRE SUBJETIVA QUE SE ASOCIA A ESCALOFRIO Y CEDE AL MANEJO CON ACETAMINOFEN ASI COMO UNICO EPISODIO EMETICO DE CONTENIDO ALIMENTICIO Y EPIXTASI. NIEGO OTROS ISNTMOAS ASOCIADO , NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PACIETNE POSITIVOS PARA SARS COV 2 .

ANTECEDENTES FAMILIARES

PACIENTE CON TIPOLOGIA FAMILIAR NUCLEAR LA CUAL ESTA COMPUESTA POR MADRE DE 28 AÑOS PADRE DE 31 AÑOS HERMANA DE 7 AÑOS Y PACIENTE DE 3 AÑOS TODOS DE NACIONALIDAD VENEZOLANAN

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

MADRE DE PACIENTE MENCIONA QUE TRABAJA DE MANERA INFORMAL EN LA VENTA DE TINTOS Y EMPANADA Y CON LO QUE RECIBE CANCELA ARRIENDO ALIMENTACION SERVICIOS Y GASTOS PERSONALES

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

NO SE EVIDENCIA RED DE APOYO INSTITUCIONAL NO SE EVIDENCIA RED DE APOYO SOCIAL Y COMO RED DE APOYO FAMILIAR PACIENTE CUENTA CON LOS PADRES Y HERMANA

CONCEPTO SOCIAL

SEGUN NORMATIVIDAD VIGENTE Y DE ACUERDO AL DECRETO 2353 ARTÍCULO 4, APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE BUENA FE ARTICULO 678, SE PRESUMIRÁ QUE LAS AFIRMACIONES Y MANIFESTACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL; SE DILIGENCIA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR ATENCIÓN INICIAL SERVICIO DE URGENCIAS; SE ORIENTA A HIJO DE PACIENTE CON EL PROPÓSITO DE FORMALIZAR SU SITUACIÓN MIGRATORIA IRREGULAR EN EL TERRITORIO COLOMBIANO ANTE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE MIGRACIÓN COLOMBIA Y DE ESTA MANERA SOLICITAR ENCUESTA DE SISBEN ANTE EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, UNA VEZ CUENTE CON EL PUNTAJE OBTENIDO REALIZAR VINCULACIÓN A RÉGIMEN DE SALUD SEGÚN CORRESPONDA.

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: 14/05/2022

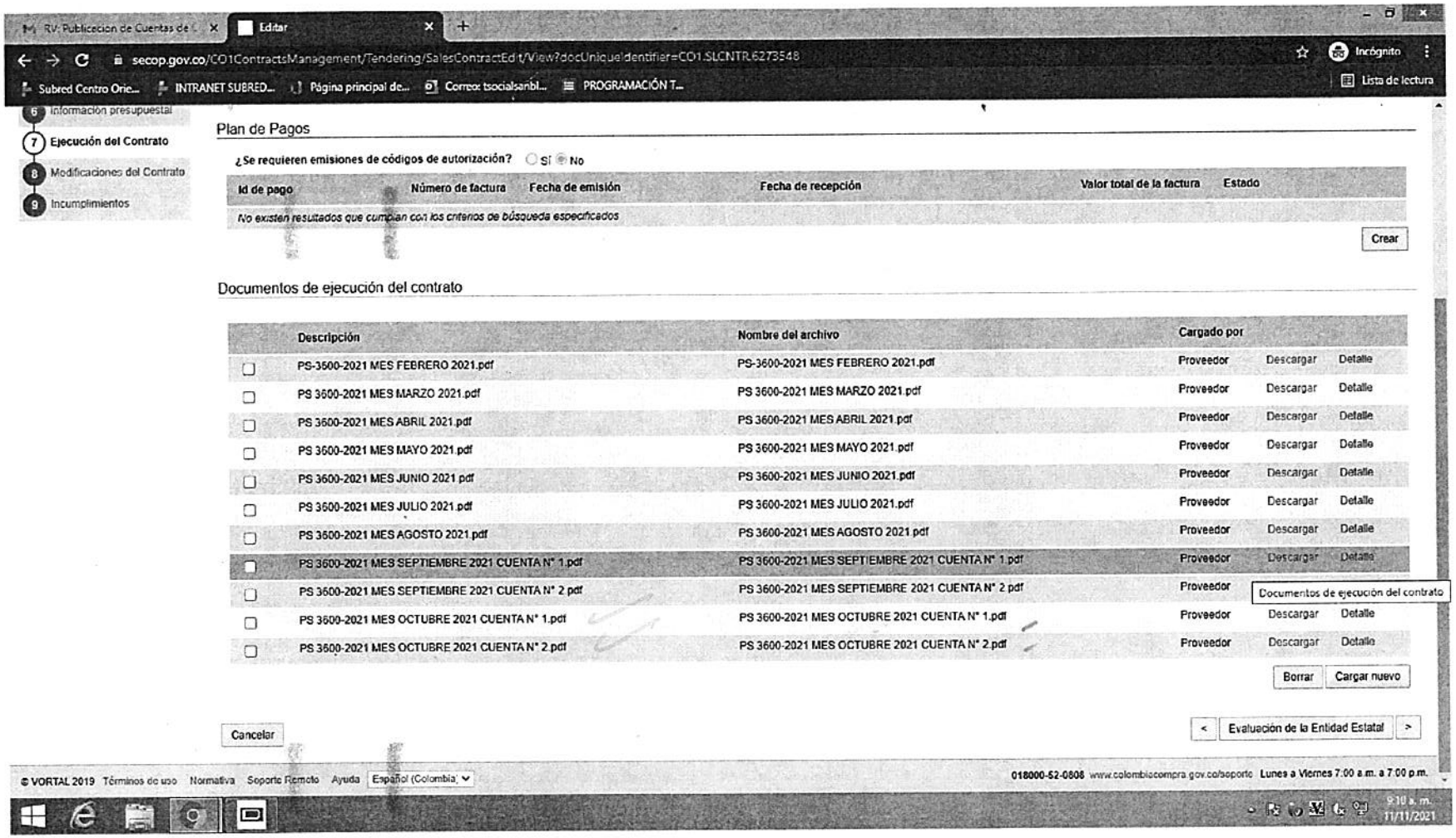
Firma: _____

Nombre: FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE

Identificación: CC: 80723517

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


RV: Publicacion de Cuentas de
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6273548
Incógnito
Subred Centro Orie...
INTRANET SUBRED...
Página principal de...
Correo: tsocialsanbl...
PROGRAMACIÓN T...
Lista de lectura
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
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-3500-2021 MES FEBRERO 2021.pdf
PS-3600-2021 MES FEBRERO 2021.pdf
PS 3600-2021 MES MARZO 2021.pdf
PS 3600-2021 MES ABRIL 2021.pdf
PS 3600-2021 MES MAYO 2021.pdf
PS 3600-2021 MES JUNIO 2021.pdf
PS 3600-2021 MES JULIO 2021.pdf
PS 3600-2021 MES AGOSTO 2021.pdf
PS 3600-2021 MES SEPTIEMBRE 2021 CUENTA N° 1.pdf
PS 3600-2021 MES SEPTIEMBRE 2021 CUENTA N° 2.pdf
PS 3600-2021 MES OCTUBRE 2021 CUENTA N° 1.pdf
PS 3600-2021 MES OCTUBRE 2021 CUENTA N° 2.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
9:10 a. m.
11/11/2021