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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3589 2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARAI Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO	**C.C.**	51.961.782	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-09	**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	2021-01-10	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				
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	$ 416.600	9416338941
2	MARZO	$ 3.366.000	$ 416.600	9417345070
3	ABRIL	$ 3.366.000	$ 416.600	9418589930
4	MAYO	$ 3.366.000	$ 416.600	9419389960
5	JUNIO	$ 3.366.000	$ 416.600	9420539204
6	JULIO	$ 3.366.000	$ 416.600	9421725674
7	AGOSTO	$ 3.366.000	$ 416.600	9422930263
8	SEPTIEMBRE	$ 1.346.400	$ 416.600	9424114475
9	SEPTIEMBRE	$ 2.019.600	$ 416.600	9424114475
10	OCTUBRE1-7	$ 782.000	$ 416.600	9425362015
11	OCTUBRE 8-31	$ 2.584.000	$ 416.600	9425362015
12	NOVIEMBRE	$ 3.366.000	$ 416.600	9426553170
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	$ 33.660.000	$ 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 MISION 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 SANTA CLARA	Atencion presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes 30 usuaruios, de acuerdo a demanda de usuarios
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle y Estudios Sociales de Caso. 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 ESC-18
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 según requerimineto del servicio en paditria, UCI pediatrica intermedios de paditria y urgencias pediatricas 10 Censos diarios en cada servicio y proyectados 12-30 notas de turno y proyectadas 30-19 interconsultas y proyectadas a demanda de casos soleitados por especialistas

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

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, médicos de pediatria y nemologia peditrica, 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 vulneracion de derechos ante entidad competente.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial, 4 y se proyecta a demanda de escpecilaista del area.
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 tsocialsantaclara@subredcentroriente.gov.co, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion, 1. tramite depacientes fallecidos2 a medicina legal, 1 plena identidad y proyectado a demanda sgun ingreso de paciente por urgencias.
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 20 Registros de Barreras en el mes.
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 - No aplica
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 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 febrero se sencibilizo a redes de apoyo sociales y familiares12 capacitaciopnes de derechos y deberes, 5 de Satrisfaccion de Usuarios y 4 Adherencia.
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 No- aplica
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 conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual	Actas de reunion 1.

Observaciones:
FECHA PROGRAMADA DE TURNOS FIN DE SEMANA 6 Y 7 DE NOVIEMBRE DE 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

Firma del Contratista

C.C. 51.961.782 **de** BOGOTA

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

Cuenta de Cobro 012-2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:

NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO
C.C. 51961782 de Bogotá

LA SUMA DE:

TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS
($3.366.000)

Por concepto de:

- Prestación de servicios profesionales como trabajadora social en el área de participación social y atención al ciudadano, en cumplimiento del contrato PS 3589 de 2021 correspondiente del 01 al 30 noviembre de 2021.

OBJETO: "Prestar servicios de acuerdo al perfil académico para desarrollar las actividades de trabajo social, con disponibilidad en el cumplimiento de la misión y la visión de la subred integrada de servicios de salud centro oriente".

Cordialmente,

Nidia Consuelo Díaz Rozo
Teléfono: 3016784795 Dirección: calle 9 A # 4-87 Este
No. Cuenta bancaria Banco BBVA- Ahorros- No.0074111238
Fecha: 30 de Noviembre 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 51961782		DIAZ ROZO NIDIA CONSUELO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 9A# 4-87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6946432	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	42810910	9426553170	I	2021/11/22	2021/11/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$416,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,346,400	$215,500			$1,346,400	$168,300			$0	$0			$1,346,400	$32,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,346,400	$215,500			$1,346,400	$168,300			$0	$0			$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			$0	$0			$1,346,400	$32,800		$0	$0
1	CC	51961782	DIAZ NIDIA	25-14	30	$1,346,400	$215,500	EPS037	30	$1,346,400	$168,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,346,400	$32,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,346,400	$215,500			$1,346,400	$168,300			$0	$0			$1,346,400	$32,800		$0	$0

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 51961782		DIAZ ROZO NIDIA CONSUELO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 9AF 4-87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6946432	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	42810910	9426553170	I	2021/11/22	2021/11/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$416,600

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$215,500	$0	$0	$215,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,800	$0	$0	$32,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$32,800	$0	$0	$32,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,300	$0	$0	$168,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$168,300	$0	$0	$168,300
TOTAL				**1**	**$416,600**	**$0**	**$0**	**$416,600**

2021/11/10 01:09 PM

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.

RESPUESTA INTERCONSULTA

900959051

FECHA DE FOLIO: 6/11/2021 1:08:36 p. m. **N° FOLIO: 10**

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1192896471 **IDENTIFICACION:** 1192896471 **EDAD:** 22 Años \ 7 Meses \ 30 Dias

NOMBRE PACIENTE: JOHENIS MARCELA BELEÑO PAREJO **FECHA DE NACIMIENTO:** 7/03/1999 12:00:00 a. m. **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: EPS037 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: DIAGONAL 20 B 21 38 **TELEFONO:** 3214650996 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 12786512 **FECHA DE INGRESO:** 5/11/2021 7:54:19 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: CINDY PERALTA **DIRECCION RESPONSABLE:** DIAGONAL 20 B 21 38 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3214650996

ANALISIS SUBJETIVO

VALIDACION DE POSIBLE VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

ANALISIS OBJETIVO

SE REALIZA VALORACION A LA LA SEÑORA JOHAINIS MARCELA BELEÑO PAREJO, DE 22 AÑOS DE EDAD, IDENTIFICADA CON C.C. 1192896641, UBICADA EN SSALA DE RECUPERACION DE URGENCIAS - CAMA 3

RESPUESTA

SE REALIZA ENTREVISTA LA SEÑORA JOHAINIS MARCELA BELEÑO PAREJO, DE 22 AÑOS DE EDAD, IDENTIFICADA CON C.C. 1192896641, NACIDA Y RESIDENTE DE LA CIUDAD DE VALLEDUPAR, REFIERE QUE SER MADRE CABEZA DE FAMILIA, NUCLEO FAMILIAR CONFORMADO POR SUS DOS HIJOS Y CON RED DE APOYO DE SU SUEGRA, CON RESPLADO ECONOMICO DELPADRE DE SUS HIJOS EL SEÑOR ARNOLDO MEJIA.
REFIERE QUE LA RELAQCION CON SU SUEGRA ES BUNA, BAJO EL DIALOGO Y EL RESPETO CON UN BUEN AMBIENTE FAMILIAR PARA ELLA Y SUS HIJOS.
PACIENTE REFIERE QUE FUE VICTOMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR POR PARTE DELPADRE DE SUS HIJOS HACE SEIS MESES, SITUACION QUE GENERO LA SEPARACION CON SU PAREJA SENTIMENTAL, ECONOMICAMENTE REFIERE QUE EL PADRE DE SUS HIJOS LE APORTA DIARIAMENTE A SU SUEGRA, LA ABUELA DE SUS HIJOS LE COLABORA CON EL ALOJAMIENTO Y NECESIDES BASICAS QUE REQUIEREN A DIARIO.
DESPUES DE SEPARADOS UN MES POSTERIOR TUVIERON RELACIONES SEXUALES CONSENTIDAS Y QUEDÓ EMBARZADA, AL VER QUE YA NO HABIA NIGUN VINCULO SENTIMENTAL DECIDE REALIZARSE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE SU EMBARAZO, LA CUAL NO SE MUESTRA CON SENTIMIENTO DE CULPA, REFIERE QUE HA SIDO UNA DECISION REPONSABLE, TENIENDO EN CUENTA QUE FUE VICTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ECONÓMICA Y PISCOLÓGICA DE PARTE DE SU EXPAREJA.
SE REALIZA SENSIBILIZACION SOBRE:
"La sentencia C355 de 2006 reivindica la autonomía sexual y reproductiva y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas."
En 2006 la Corte Constitucional de Colombia, a través de la Sentencia C-355, reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la mujer, en tres circunstancias especificas: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
Se dialoga sobre proyecto de vida y recuperación de su auto estima, que permita lograr una vida plena para ella y su núcleo familiar actual. refiere que desea tomar una vida laboral para mejorar su estabilidad económica, tener tiempo de calidad con sus hijos.
En cuanto a su vida sexual y reproductiva refiere que planificó con el dispositivo intrauterino, quería realizarse el pomeroy, pero la EPS no autorizo.
DATOS DE CONTACTO:
DIRECCION: DIAGONAL 28 B # 21-38
CIUDAD: VALLEDUPAR-ZONA URBANA
CELULAR: 3214650996

TRATAMIENTO

Paciente refiere que se compromete a realizar tratamiento por consulta externa según indicaciones médicas, con el fin de mejor su estado de animo y cambiar su calidad de vida, se orienta en realizar denuncia en comisaria de familia con el fin de restablecer sus derechos como victima de violencia de genero.
REefiere que en este momento no realizara ningun proiceso legal, por que no se siente preparada para afrintar la respectiva denuncia, dice que el agresor no convive con ella y que en la actulidad formalizo niuevamente vida con otra persona, situacion que le permitio se ausentra y no volviera a generar episodios de violencia, asume la reponsabilidad y tomora la decision de no realizxar ningun tramitye legal en este momento.
Se sensibiliza sobre autocuidado, en lavado de manos, uso permanente de tapabocas y distanciamiento social con el fin de mitigar el contagio de Covid-19.
se habla de derechos y deberes en salud.

RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA	2LVN01 - LA VICTORIA ATENCION AL PACIENTE TRABAJO SOCIAL
ESPECIALIDAD	TRABAJO SOCIAL
ANALISIS SUBJETIVO	VALIDACION DE POSIBLE VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO
ANALISIS OBJETIVO	SE REALIZA VALORACION A LA LA SEÑORA JOHAINIS MARCELA BELEÑO PAREJO, DE 22 AÑOS DE EDAD, IDENTIFICADA CON C.C. 1192896641, UBICADAEN SSALA DE RECUPERACION DE URGENCIAS - CAMA 3



Profesional:NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO
Registro Medico: 51961782
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 133856

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Hospital La Victoria

Trabajador Social: NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO **Tarjeta Profesional:** 51961782 **Fecha Estudio:** 07/11/2021

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

Identificación:	AS: VEN30222705	**Nombre:**	BOLIVAR YOSNEIDY DUCEXI		
F. Nacimiento:	23/11/1999	**Dirección:**	TV 14 CARRERA 58 B-ESTE-01		
Departamento:		**Localidad:**	SAN CRISTOBAL	**Barrio:**	LOS LIBERTADORES
Estrato:	1	**Celular:**	3102869750	**Teléfono:**	
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:	AS: VEN30222702	**Nombre:**	YOSNEIDY BOLIVAR	**Télefono:**	3102869750

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Usuaria sin afiliación en el SGSSS, de nacionalidad venezolana, no registra en base de datos de comprobados de derechos, ADRESS ni DNP, no cuenta con puntaje de silben, no presenta documento que acredite regularidad en el pais.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Usuaria que requiere acceder a los servicios de salud, informa que llegó hace 18 meses a Colombia, esta radicado en Bogotá con su pareja sentimental , usuaria informa que vivía en Venezuela con su familia extensa, decidió venirse de su país de origen por la situación de vulnerabilidad y recursos económicos inexistentes.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipología de familia pareja sin hijos, conformada por paciente y su pareja sentimental, comparten unidad de vivienda tipo apartamento, con servicios públicos básicos, modalidad arriendo mensual.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

Usuaria refiere que trabaja en construcción, desde hace aproximadamente 6 meses, generando ingresos de $800.000. De estos ingresos cubre gastos básicos de arriendo, servicios públicos, alimentación, gira dinero a su familia en Venezuela, entre otros.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

Paciente recibe el apoyo emocional de su pareja sentimental, tía por linea materna, red de apoyo comunitaria activa, en el momento no recibe ningún otro tipo de apoyo por parte del estado.

CONCEPTO SOCIAL

Desde del area de autorizaciones se realiza registro SIRE, de acuerdo con el Decreto 780 Artículo 2.1.1.4 aplicación del principio de la buena fe se presumirá que sus afirmaciones y manifestaciones corresponden a la verdad material. Con finalidad de velar por la protección del derecho a la salud, seguridad social y vida digna se realiza estudio social según normatividad vigente de otra parte con la RESOLUCIÓN 0971 DEL 2021 se " IMPLEMENTA EL ESTATUTO TEMPORAL DE PROTECCIÓN PARA MIGRANTES VENEZONALOS Recientemente, Migración Colombia emitió la Resolución 0971 del 28 de abril de 2021 por la cual se implementa el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos adoptado por medio de Decreto 216 de marzo 1 de 2021.

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:

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

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: Yusnaidy

Nombre: Yusnaidy Bolivar

Identificación: 30.222.705

Huella:

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? Si 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		
☐	PS3580-2021FEBRERO-2021.pdf	PS3580-2021FEBRERO-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-MARZO-2021.pdf	PS-3589-MARZO-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-ABRIL-2021.pdf	PS-3589-ABRIL-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ps-3589-mayo-2021-1.pdf	ps-3589-mayo-2021-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-JUNIO-2021.pdf	PS-3589-JUNIO-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-JULIO-2021.pdf	PS-3589-JULIO-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS-3589-AGOSTO-2021.pdf (Archivado)	PS-3589-AGOSTO-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-AGOSTO-21.pdf	PS-3589-AGOSTO-21.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS-3589-OCTUBRE-2021.pdf (Archivado)	PS-3589-OCTUBRE-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS-3589-SEPTIEMBRE-2021.pdf (Archivado)	PS-3589-SEPTIEMBRE-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-1-12-SPR-2021.pdf	PS-3589-1-12-SPR-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-13-30-SEP-2021.pdf	PS-3589-13-30-SEP-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ps-3589-2021- CUENTA DE COBRO OCTUBRE-2021-CUENTA No2.pdf	ps-3589-2021- CUENTA DE COBRO OCTUBRE-2021-CUENTA No2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS-3589-2021-CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021-CUENTA No.1.pdf	PS-3589-2021-CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021-CUENTA No.1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >