Tomo 27428

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:	3606 2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA

Nombre del Contratista: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS **C.C.** 1.023.948.617 **de:** BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio: 2021-02-01 **Fecha Terminación inicial** 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				
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	$ 433.200	48109250
2	MARZO	$ 3.366.000	$ 443.900	48743560 - 49219161
3	ABRIL	$ 3.366.000	$ 443.900	49452323
4	MAYO	$ 3.366.000	$ 443.900	50121217
5	JUNIO	$ 3.366.000	$ 443.900	50772922
6	JULIO	$ 3.366.000	$ 443.900	51454662
7	AGOSTO	$ 3.366.000	$ 443.900	52120892
8	SEPT 1 - 12	$ 1.343.000	$ 443.900	52807925
9	SEPT 13 - 30	$ 2.023.000	$ 443.900	52807925
10	OCT 1 -7	$ 782.000	$ 443.000	53496509
11	OCT 8 -31	$ 2.584.000	$ 443.000	53496509
12	NOVIEMBRE	$ 3.366.000	$ 443.900	54160577
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 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)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	Se orientan a usuarios y familiares frente al acceso al sistema de salud - tramites y procesos administrativos para acceder de manera plena al servicio de salud.	se realizan orientaciones diarias con un aproximado de 20 a 40 orientaciones diarias
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.	se realiza de manera diaria actualización de las bases de datos de abandono social, población extranjera venezolana, habitante de calle, estudio social de caso e instrumentos provisionales para fines pertinentes.	se realiza actualización de la base de datos de abandono social 2 veces por semana y se registran las otras bases diariamente y de manera permanente.
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	De manera diaria se realiza recorrido por los servicios asignados realizando censo de pacientes y posibles manejos que sean necesarios realizar desde trabajo social con el objetivo de disminuir barreras de acceso en el servicio en salud y dar mayor agilidad a los tramites que correspondan.	se lleva censo hospitalario del caps SAMPER MENDOZA de manera diariamente
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.	Se realiza acompañamiento al tramite de oxigeno domiciliario a pacientes en condición de abandono social o nula red de apoyo familiar con el objetivo de no generar largas estancias hospitalarias injustificadas en los servicios. De igual manera se hace seguimiento semanal a pacientes que se encuentran en tramite de ubicación por abandono social.	se realiza gestión y apoyo en tramite de oxigeno a pacientes que se encuentran en el caps SAMPER MENDOZA.

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 realiza a partir del censo diario con el objetivo de identificar población habitante de calle sin certificar sin afiliación en salud con apoyo de secretaria Distrital de Integración Social a quien se notifica caso via correo electrónico y via telefónica y se acompaña valoración de funcionario para diligenciamiento de ficha sirbe; se realiza seguimiento correspondiente a población extranjera según el manejo que requiera. Se notifica al área de patología y sala de paz condiciones familiares de pacientes considerados población habitante de calle y abandono social para que se direccione tramite correspondiente.	se realizan gestiones dependiendo del requerimiento del usuario, se realizan se manera oportuna y permanente en el caps SAMPER MENDOZA.
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.	Se suben datos de barreras de acceso en salud y orientaciones realizadadas durante la jornada laboral	se realiza registro de usuario en aplicativo SIDMA, realzando un aproximado de 4 a 6 registros diarios
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva.	se realizan orientaciones y alcaraciones de manera ambulatoria frente al tema de afiliacion y se realiza valoraciones clinicas en el servicios de urgencias y hospitalizacion desde trabajo social.	se realizaorientaciones para atención integral a gestantes, atiendo un aproximado de 5 a 10 orientaciones diarias.
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	Se realiza socialización de derechos y deberes , de igual manera se orienta individual y familiarmente en tramites para acceder al servicio de la salud cuando se identifican barreras de acceso.	se realiza socialización individual y colectiva a usuario y/o familiares sobre normatividad legal vigente y los derechos y deberes.
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población.	Se inicia tramite de solicitud de cupo institucionales ante varias entidades u hogares privados y ante la secretaria distrital de integración social , teniendo en cuenta la dinámica del paciente.	se realiza gestión y seguimiento a paciente de abandono social ubicados en el caps SAMPER MENDOZA , actualmente se encuentra un aproximado de 4 pacientes en condición de abandono social.
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 desarrollan las actividades correspondientes y/o asignadas por el jefe del servicio y se realizan de manera oportuna , responsable y respetuosamente.	se realizan las actividades diarias y de manera oportuna asignadas por el jefe de la oficina y de la unidad asignada.

Observaciones:	Enta C.
	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.** 1.023.948.617 **de** BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Maria Yolanda Camelo
CARGO:	Jefe de Oficina de Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	Yolanda Camelo

Cuenta de Cobro 012 -2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS.
C.C. 1.023.948.617.

LA SUMA DE:

Tres Millones Trecientos Sesenta Y Seis Mil Pesos.
($ 3.366.000).

Por concepto de:

- Prestación de servicios como trabajadora social en el área de participación comunitaria y servicio al ciudadano, en cumplimiento del contrato PS 3606 2021 correspondiente del 01 al 30 de NOVIBRE 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,

Erika C.

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS.
Teléfono: **3017583492** Dirección: **CARRERA 6ª ESTE # 36K – 14 SUR.**
No. Cuenta bancaria Banco **COLPATRIA**. Ahorros No.**2812097606**.

Fecha: 30 NOVIEMBRE 2021.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023948617	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	CRA 6 A ESTE # 36 K 14 SUR	3634742	ERIKA96PAOLA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	02/11/2021	54160577	$443.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	168.400	0		0		0	0	0	0	168.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	215.600	0	0	0	0	0	0		215.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	32.900				32.900	0	0	32.900			329	32.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.000	0	0	27.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	168.400	168.400
Pensión	1	215.600	215.600
Riesgos Laborales	1	32.900	32.900
CCF	1	27.000	27.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	443.900	443.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023948617	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	CRA 6 A ESTE # 36 K 14 SUR	3634742	ERIKA96PAOLA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

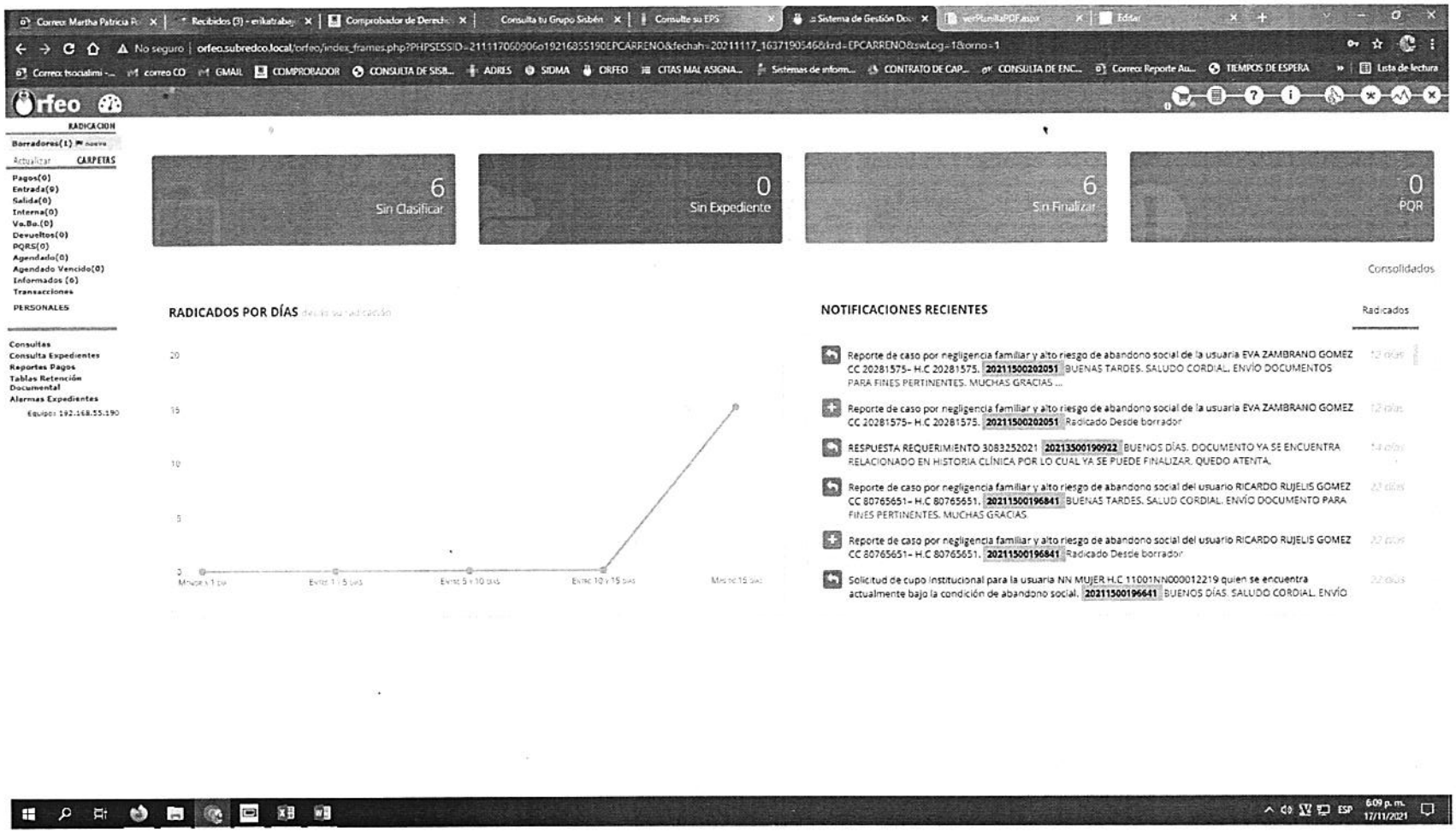
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	02/11/2021	54160577	$443.900	

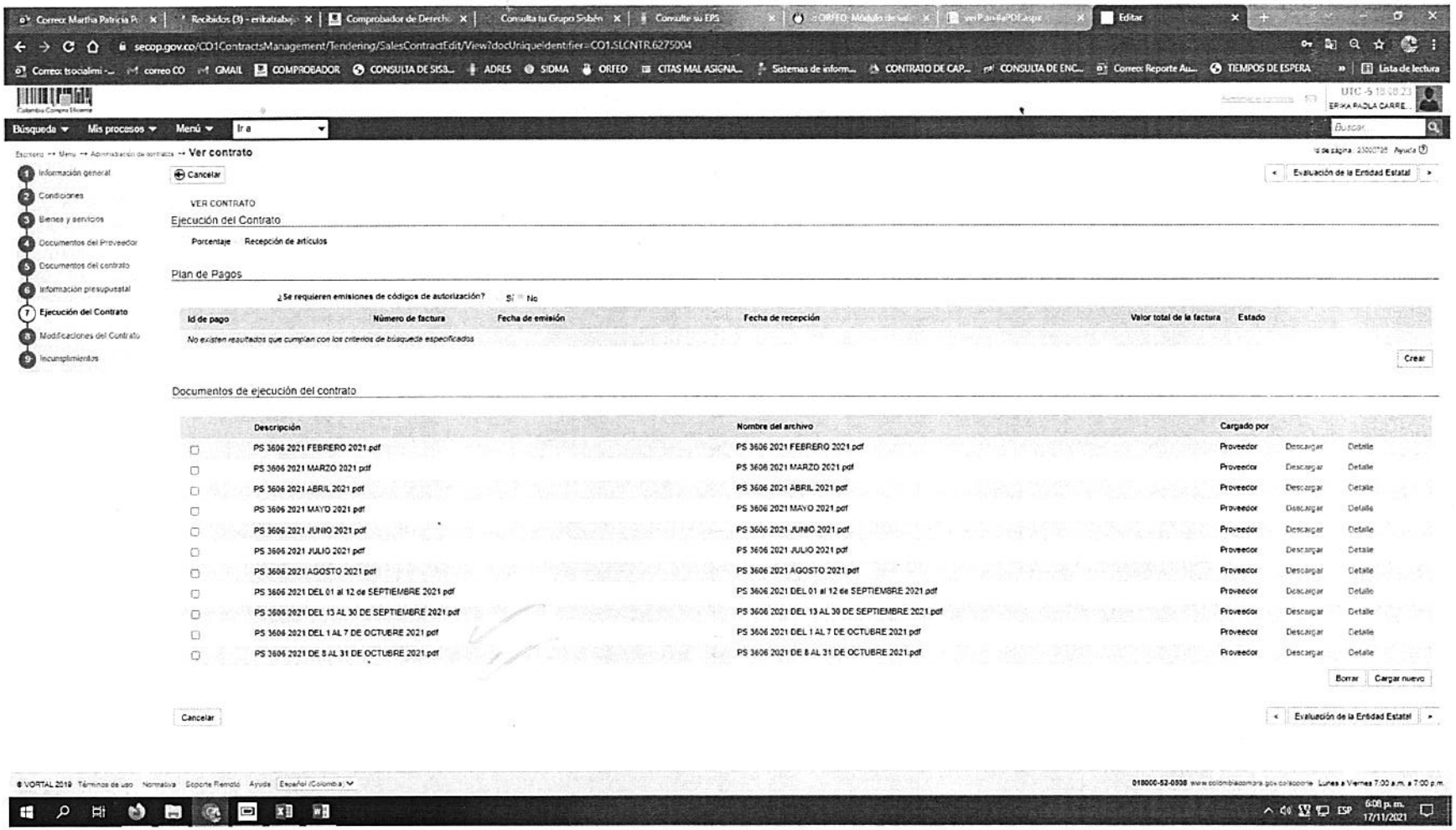
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Salario	Estrategia	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023948617	CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA	59	0			N																	230301	1,347,000	215,600	0	0	0	0	EPS008	1,347,000	168,400	14-7	1,347,000	3	32,900	CCF24	1,347,000	27,000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


Correo: Martha Patricia R
Recibidos (3) - erikatraba
Comprobador de Derech
Consulta tu Grupo Sisbén
Consulte su EPS
Sistema de Gestión Do
verPlantillaPDF.aspx
Editar
No seguro | orfeo.subredco.local/orfeo/index_frames.php?PHPSESSID=211117060906o1921635190EPCARRENO&fechah=20211117_1637190546&krd=EPCARRENO&swLog=1&orno=1
Correo: tsocialmi -...
correo CO
GMAIL
COMPROBADOR
CONSULTA DE SISB...
ADRES
SIDMA
ORFEO
CITAS MAL ASIGNA...
Sistemas de inform...
CONTRATO DE CAP...
CONSULTA DE ENC...
Correo: Reporte Au...
TIEMPOS DE ESPERA
Lista de lectura
Orfeo
RADICACION
Borradores(1)
nuevo
Actualizar
CARPETAS
Pagos(0)
Entrada(0)
Salida(0)
Interna(0)
Vo.Bo.(0)
Devueltos(0)
PQRS(0)
Agendado(0)
Agendado Vencido(0)
Informados (0)
Transacciones
PERSONALES
Consultas
Consulta Expedientes
Reportes Pagos
Tablas Retención Documental
Alarmas Expedientes
Equipo: 192.168.55.190
6
Sin Clasificar
0
Sin Expediente
6
Sin Finalizar
0
POR
Consolidados
RADICADOS POR DÍAS
20
15
10
5
0
Menos 1 día
Entre 1 y 5 días
Entre 5 y 10 días
Entre 10 y 15 días
Más de 15 días
NOTIFICACIONES RECIENTES
Radicados
Reporte de caso por negligencia familiar y alto riesgo de abandono social de la usuaria EVA ZAMBRANO GOMEZ CC 20281575- H.C 20281575. 20211500202051 BUENAS TARDES. SALUDO CORDIAL. ENVÍO DOCUMENTOS PARA FINES PERTINENTES. MUCHAS GRACIAS ...
12 días
Reporte de caso por negligencia familiar y alto riesgo de abandono social de la usuaria EVA ZAMBRANO GOMEZ CC 20281575- H.C 20281575. 20211500202051 Radicado Desde borrador
12 días
RESPUESTA REQUERIMIENTO 3083252021 20213500190922 BUENOS DÍAS. DOCUMENTO YA SE ENCUENTRA RELACIONADO EN HISTORIA CLÍNICA POR LO CUAL YA SE PUEDE FINALIZAR. QUEDO ATENTA.
14 días
Reporte de caso por negligencia familiar y alto riesgo de abandono social del usuario RICARDO RIJELIS GOMEZ CC 80765651- H.C 80765651. 20211500196841 BUENAS TARDES. SALUD CORDIAL. ENVÍO DOCUMENTO PARA FINES PERTINENTES. MUCHAS GRACIAS
22 días
Reporte de caso por negligencia familiar y alto riesgo de abandono social del usuario RICARDO RIJELIS GOMEZ CC 80765651- H.C 80765651. 20211500196841 Radicado Desde borrador
22 días
Solicitud de cupo institucional para la usuaria NN MUJER H.C 11001NN000012219 quien se encuentra actualmente bajo la condición de abandono social. 20211500196641 BUENOS DÍAS. SALUDO CORDIAL. ENVÍO
22 días
ESP
6:09 p. m.
17/11/2021


Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6275004
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Menu → Administración de contratos → Ver contrato
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? 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
PS 3606 2021 FEBRERO 2021.pdf
PS 3606 2021 MARZO 2021.pdf
PS 3606 2021 ABRIL 2021.pdf
PS 3606 2021 MAYO 2021.pdf
PS 3606 2021 JUNIO 2021.pdf
PS 3606 2021 JULIO 2021.pdf
PS 3606 2021 AGOSTO 2021.pdf
PS 3606 2021 DEL 01 al 12 de SEPTIEMBRE 2021.pdf
PS 3606 2021 DEL 13 AL 30 DE SEPTIEMBRE 2021.pdf
PS 3606 2021 DEL 1 AL 7 DE OCTUBRE 2021.pdf
PS 3606 2021 DE 8 AL 31 DE OCTUBRE 2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
018000-52-0508
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
6:08 p. m.
17/11/2021

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 136283

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención:	SUBRED CENTRO ORIENTE	**Nombre USS:**	HOSPITAL SAN CRISTOBAL	**NIT:**	8002165380
Punto de Atención:	Hospital Jorge Eliecer Gaitan				
Trabajador Social:	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	**Tarjeta Profesional:**	1023948617	**Fecha Estudio:**	27/11/2021

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

Identificación:	AS: VEN23812585	**Nombre:**	BALLESTEROS RIVEROS RONALD		
F. Nacimiento:	01/10/1988	**Dirección:**	NO REPORTA		
Departamento:		**Localidad:**	SANTA FE	**Barrio:**	LAS CRUCES
Estrato:	1	**Celular:**		**Teléfono:**	
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Soltero(a)	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
Orient. Sexual:	Bisexual	**M. Gestante:**	No Aplica	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

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

Datos Acudiente:

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

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Se acerca a la UMHES JORGE ELICER GAITAN el señor RONALD BALLESTEROS RIVERO Solicitando la oferta de servicios de salud de 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, motivo por el cual se realiza estudio social de caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención por el fondo financiero Distrital.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

el señor RONALD BALLESTEROS RIVERO se acerca a la UMHES JORGE ELICER GAITAN al servicio de urgencias solicitando valoración por que actualmente presenta "edema en prepucio a raíz de relaciones sexuales homosexuales – heterosexuales con población habitante de calle desde hace 1 semana", por lo cual es atendido por el médico de turno quien lo ingresa para valoración.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Usuario quien refiere ser procedente de Venezuela y proveniente de tipología recompuesta (jefatura de abuela paterna - hermanos) siendo el 1 hijo de 3 hijos de la relación de sus progenitores, con quien cuenta con relaciones distantes y desinteresadas.
A su vez refiere que durante el transcurso de su vida sostuvo una relación sentimental con la señora JESSICA PORTUALES, con quien conformo red familiar (1 hijo // 11 años), sin embargo, aclara que se encuentran separados desde hace 3 años aproximadamente.
De igual forma, refiere que dadas las condiciones socio-económicas de su país (Venezuela) se tuvo que trasladar hacia Colombia desde hace 1 año, aclarando que desde su ingreso se encuentra viviendo solo en habitabilidad de calle.

Escaneado con CamScanner

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

usuario refiere que durante el transcurso de su vida y en su país de origen se encontraba laborando en construcción, pero aclara que dadas las condiciones socio-económicas de su país de origen se tuvo que trasladar hacia Colombia desde hace 1 año.

De igual forma refiere que desde su ingreso a Colombia no ha podido laboral formalmente ya que hasta la fecha encuentra de manera irregular en el territorio colombiano, motivo por el cual depende económicamente de las labores que realiza de manera informal y esporádica "en la calle - reciclaje", de lo cual logra recolectar recursos de aproximadamente $10.000 diarios y/o por turno.

De igual forma refiere que los recursos económicos que logra recolectar son utilizados para el cubrimiento de sus necesidades básicas (alimentación) y demás gastos diarios.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

Usuario quien refiere que no cuenta con red de apoyo familiar en la cuidad de Bogotá ya que sus miembros familiares se encuentran en su país de origen, a su vez aclara que no cuenta con redes de apoyo institucionales y/ comunitarias

CONCEPTO SOCIAL

Usuario venezolano irregular a quien se orienta y se explica sobre El Decreto 866 De 2017. (Afiliación A Población Extranjera), Acuerdo 064 De 2020, y La Resolución 971 De 2021, por lo cual se sensibiliza sobre la importancia de acudir en el menor tiempo posible ante migración Colombia (Calle 100 # 11B -27) y legalizar su situación en el país.

a su vez desde el área de trabajo social se realiza estudio social de caso en línea con el fin soportar la no capacidad de pago del usuario y se aclara que el presente estudio tendrá validez únicamente para la presente urgencia del día 27/11/2021 con subsidio del 100% teniendo en cuenta el decreto 2408 del 2018, la circular 2019EE56905 del 26/06/2019 y el anexo de fondo financiero distrital vigente.

de igual forma se realiza teniendo en cuenta el decreto 780 articulo 2.1.1.4 aplicación del principio de la buena fe, se presumirá que sus afirmaciones y

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:

Nombre: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Identificación: CC: 1023948617

Tarj. Profesional: 313801D

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 136355

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL SAN CRISTOBAL **NIT:** 8002165380

Punto de Atención: Cami Perseverancia

Trabajador Social: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS **Tarjeta Profesional:** 1023948617 **Fecha Estudio:** 28/11/2021

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

Identificación: AS: VEN30885270 **Nombre:** MARQUEZ MARQUEZ VANNESSA NAIRE

F. Nacimiento: 15/09/2003 **Dirección:** CARRERA 1 # 31 - 52

Departamento: **Localidad:** SANTA FE **Barrio:** LA PERSEVERANCIA

Estrato: 2 **Celular:** 3143472002 **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 PERSEVERANCIA la señora VANESSA NAIRE MARQUEZ Solicitando la oferta de servicios de salud de 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, motivo por el cual se realiza estudio social de caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención por el fondo financiero Distrital.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

la señora VANESSA NAIRE MARQUEZ se acerca a al CAPS PERSEVERANCIA al servicio de urgencias solicitando valoración por que actualmente presenta "DOLOR BAJITO", por lo cual es atendido por el médico de turno quien lo ingresa para valoración.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Usuaria quien refiere ser procedente de Venezuela y proveniente de tipología primaria (progenitores - hermanos) siendo la 1 hija de 3 hijos de la relación de sus progenitores, con quien cuenta con buenas relaciones familiares.
A su vez refiere que durante el transcurso de su vida y hasta la fecha no ha conformado red familiar (cónyuge o hijos).
De igual forma, refiere que dadas las condiciones socio-económicas de su país (Venezuela) se tuvo que trasladar hacia Colombia desde hace 15 días, aclarando que desde su ingreso se encuentra viviendo con su progenitora y hermanos.

Escaneado con CamScanner

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

usuaria refiere que durante el transcurso de su vida y en su país de origen se encontraba laborando como estilista, pero aclara que dadas las condiciones socio-económicas de su país de origen se tuvo que trasladar hacia Colombia desde hace 15 días aproximadamente.

De igual forma refiere que desde su ingreso a Colombia no ha podido laboral formalmente ya que hasta la fecha encuentra de manera irregular en el territorio colombiano, motivo por el cual depende económicamente de las labores que realiza de manera informal y esporádica "estilista", de lo cual logra recolectar recursos de aproximadamente $30.000 diarios y/o por turno.

De igual forma refiere que los recursos económicos que logra recolectar son utilizados para el cubrimiento de sus necesidades básicas (arriendo $350.000, alimentación, vestuario) y demás gastos diarios.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

Usuaria quien refiere que cuenta con red de apoyo familiar (progenitora – hermanos) en la cuidad de Bogotá ya que sus otros miembros familiares se encuentran en su país de origen, a su vez aclara que no cuenta con redes de apoyo institucionales y/ comunitarias.

CONCEPTO SOCIAL

Usuaria venezolana irregular a quien se orienta y se explica sobre El Decreto 866 De 2017. (Afiliación A Población Extranjera), Acuerdo 064 De 2020, y La Resolución 971 De 2021, por lo cual se sensibiliza sobre la importancia de acudir en el menor tiempo posible ante migración Colombia (Calle 100 # 11B -27) y legalizar su situación en el país.

a su vez desde el área de trabajo social se realiza estudio social de caso en línea con el fin soportar la no capacidad de pago de la usuaria y se aclara que el presente estudio tendrá validez únicamente para la presente urgencia del día 27/11/2021 con subsidio del 100% teniendo en cuenta el decreto 2408 del 2018, la circular 2019EE56905 del 26/06/2019 y el anexo de fondo financiero distrital vigente.

de igual forma se realiza teniendo en cuenta el decreto 780 articulo 2.1.1.4 aplicación del principio de la buena fe, se presumirá que sus afirmaciones y

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: Vanessa Naira Marquez Marquez

Identificación: 30885270



HUELLA

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

Vigencia Estudio Social del Caso: **28/05/2022**

Firma: Erika C

Nombre: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Identificación: CC: 1023948617

Tarj. Profesional: 313801013

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