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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 63
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	1476-2022	**C.D.P. No.:**	91
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SAN BLAS		
Nombre del Contratista:	LEIDY YANETH JEJEN RINCON	**C.C.**	1.096.950.346 de: MALAGA SANTANDER
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2022-04-30
Valor Mensual:	$ 3.466.980	**Valor a cobrar:**	$ 3.466.980

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.155.660	1304	2022-05-01	2022-05-10
2	$ 2.311.320	1471	2022-05-11	2022-05-31
3	$ 1.733.490	1698	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 6.933.960	1905	2022-06-16	2022-08-15
5	$ 693.396	2592	2022-08-16	2022-08-21
6	$ 1.733.490	2662	2020-08-22	2022-09-05
7	$ 3.466.980	2859	2022-09-06	2022-10-05
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO 2022	$ 3.162.000	$ 443.600	56333612	1/02/2022
2	MARZO 2022	$ 3.264.000	$ 443.600	57025227	1/03/2022
3	ABRIL 2022	$ 3.366.000	$ 443.600	57801857	1/04/2022
4	MAYO 2022	$ 3.466.980	$ 443.600	58489101	4/05/2022
5	JUNIO 2022	$ 3.466.980	$ 456.900	59196096	6/06/2022
6	JULIO 2022	$ 3.466.980	$ 456.900	59888535	11/07/2022
7	AGOSTO 2022	$ 3.466.980	$ 456.900	60602485	8/08/2022
8	SEPTIEMBRE 2022	$ 3.466.980	$ 456.900	61384882	8/09/2022
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.098.000	$ 28.126.296	$ 27,126.900	$ 999.396

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-09-01 **Hasta:** 2022-09-30

	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 turnos según calendario fines de semana //(140 INTERCONSULTAS)
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada//(4 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/// (130)SEGUIMIENTOS
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial///48) TRAMITES DE OXIGENO
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 TSSANBLAS@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion //ESTUDIOS DE CASO 10///SOLICTUDE PARA VALROACION DE HABITANDE DE CALLE:1 SOLICITUD DE PLENA IDENTIDAD :1
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	A diario se Ingreso en el aplicativo SI CUENTANOS las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SI CUENTANOS(10)

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

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 reporteparticularesSANBLAS@gmail.com y grupo whatssap de trabajo social, autorizaciones y facturacion (NA)
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:15 CAPACITADOS/// USUARIOS: 48 USUARIOS// ENCUESTAS:18 PACIENTES ENCUESTADOS
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Orfeo - drive de TSESESANBLAS@GMAIL.COM///UBICACIÓN EN HOGARES:2// SOLICITU DE CUPO: 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	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) //REUNION CON JEFE DE OFICINA (1 MENSUAL)

Observaciones:
FECHA DE TURNO 17 Y 18 DE SEPTIEMBRE

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Leidy Jején
Firma del Contratista

C.C. 1.096.950.346 **de** MALAGA SANTANDER

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LUZ ALBA QUINTANA F.
CARGO:	JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)
FIRMA	
PLAZO DE SUPERVISIÓN	01-09-2022 hasta 15-09-2022

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARIA FERNANDA MONSALVE I.
CARGO:	JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	
PLAZO DE SUPERVISIÓN	16-09-2022 hasta 30-09-2022

Cuenta de Cobro 08 -2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:
LEIDY YANETH JEJEN RINCON
C.C. 1096950346 DE MALAGA SANTANDER

LA SUMA DE:

Tres millones cuatrocientos sesenta y seis mil novecientos ochenta
($ 3.466.980) M/CTE

Por concepto de:

- Prestación de servicios profesionales como Trabajador Social, en cumplimiento del contrato PS 1476 -2022 correspondiente del 01 al 30 de Septiembre 2022

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,

LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Teléfono: 3125772002
Dirección: CALLE 80 D N°59B-06
No. Cuenta bancaria Banco Davivienda. Ahorros No.0550488413119667
FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE 2022

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	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON	CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA	1234567	LEIDYJEJEN21@HOTMAIL.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	
2022-08	2022-08	I	08/09/2022	61364682	$456.900	

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	173.400	0		0		0	0	0	0	173.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	221.900	0	0	0	0	0	0		221.900	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	33.800				33.800	0	0	33.800			338	33.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.800	0	0	27.800	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	173.400	173.400
Pensión	1	221.900	221.900
Riesgos Laborales	1	33.800	33.800
CCF	1	27.800	27.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	456.900	456.900

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
CC	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON		CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA	1234567	LEIDYJEJEN21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2022-08	2022-08	I	08/09/2022	61384882	$456,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocanía	Sueldo	Extranjero	Cotiza Exterior	Exonerado	MAS	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	1096950346	JEJEN RINCON LEIDY YANETH	59	0			N																	25-14	1,386,792	221,900	0	0	0	0	EPS008	1,386,792	173,400	14-7	1,386,792	3	33,800	CCF24	1,386,792	27,800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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		
	PS1476 2022 CUENTA DE COBRO MARZO 2022.pdf (Archivado)	PS1476 2022 CUENTA DE COBRO MARZO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS1476 2022 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2022.pdf	PS1476 2022 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1476 CUENTA MARZO2022.pdf (Archivado)	PS 1476 CUENTA MARZO2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 CUENTA DE AMRZO 2022 CUADRO DE ACTVIDADES.pdf	PS 1476 CUENTA DE AMRZO 2022 CUADRO DE ACTVIDADES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2021 CUENTA MES ABRIL MAS CUADRO DE ACTIVIDADES.pdf	PS 1476 2021 CUENTA MES ABRIL MAS CUADRO DE ACTIVIDADES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 CUENTA MES MAYO 2022.pdf	PS 1476 2022 CUENTA MES MAYO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO JUNIO 2022.pdf	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO JUNIO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO JULIO2022.pdf.pdf	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO JULIO2022.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 CUENTA DE AGOSTO.pdf	PS 1476 2022 CUENTA DE AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 COMUNICACIÓN SUPEVISOR 30-AGO.pdf	PS 1476 2022 COMUNICACIÓN SUPEVISOR 30-AGO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☑	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2022.pdf	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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: 17/09/2022 9:36:45 a. m. N° FOLIO:8

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1050726812 IDENTIFICACION: 1050726812 EDAD: 12 Años \ 1 Meses \ 9 Dias
NOMBRE PACIENTE: ISABELLA PEDRAZA PAVA FECHA DE NACIMIENTO:8/08/2010 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: CONT. BENEFICIARIO NIV. 1 CAT. A MENOR A 2 SMMLV
ENTIDAD: EPS010 TIPO DE REGIMEN: Contributivo
DIRECCION: CARRERA 7 BIS 12-61 TELEFONO: 3207279060 PROCEDENCIA: BOGOTA

ANALISIS DE LA SITUACION caso que dejan en seguimiento de trabajo social por:MOTIVO DE INTERCONSULTA: PACIENTE QUIEN PRESENTA CAID DELCOLEGIO, DESDE SU PROPIA LATURA EXAMEN NEUROLOGICO ANORML, NO ETA ORIETNA EN TIEMPO , NI LUGAR AHORA CON LA NIÑERA , LA MAMA ESTA DE VIAJE

PLAN DE TRABAJO Paciente que vive con papá Diego Olaya edad 38 años, mamá Narlis Pava cc1052958390 dirección carrera 7 bis n12-61 barrio calvo sur localidad san Cristóbal teléfono 3133279529 edad 35; trabajan de forma independiente en una cerrajería ,hermana 5 años, niñera Sandra sanes labora con ellos desde hace tres meses y un tío materno ;menor estudia en colegio república del ecuador , es publico jornada mañana; cursa grado 5 primaria ,comenta que ellos como padres decidieron cuando su hija termino primero primaria que repitieran; vive en arriendo hace 4 años, pero están en proyectos de comprar la casa.Progenitora de la menor comenta que se encontraba fuera de la ciudad porque tiene una casa en la costa tenían que hacer los papeles de escritura a nombre de ella y su esposo ,pero dejaron a su hijas al cuidado de la niñera y sus familiares adultos mayores, además indican que constantemente hablan por video llamada y la monitorea por las cámaras de seguirdad que tienen su casa; además refiere que cuando salió la dejo al cuidado de su suegra abuela de la menor y su hermano tío de lamenor ; el dia de ayer su hija estaba en el colegio ;la llama el profesor del colegio le comenta que la niña estaba jugando a la gallina ciega se tropezó con un compañero y se cayó, solicitan su apoyo en el colegio le dice que no está en Bogotá ,comenta que enviara a la niñera y a su hermano tío de la menor ,pidieron ambulancia en el colegio pero como estaba demorada la mamá vía telefónica le dice a su hermano y niñera salgan con ella para el hospital llegan al hospital pero solo dejan ingresar a la niñera y el tío de la menor el señor Robis Martinez lo dejaron afuera, comenta que cuando ya le tomaron el examen ella estuvo por video llamada luego llego su suegra es decir la abuela paterna; quien la cuido hasta que llego la mamá , quien compro pasajes aéreos de inmediato y llego a las12 de la noche desde ese momento asumió el cuidado de su hija, comenta que ya recuerda lo sucedió , que la niñera le dice que los otros compañeros jugando la empujaron y le hicieron """zancadilla", refiere que su hija vive en un entorno de adecuada atención, y protección ,están pensando el próximo año llevarlas a estudiar en colegio privado, ya que si han evidenciando que en el colegio donde están los niños son agresivos ,comenta que su hija tiene un buen rendimiento académico aunque algunas veces le hace llamados de atención, se le pregunta a madre si su hija tiene problemas con compañeros o sufre de bullying refiere que nunca que tiene buena relación con ellos , familiar comenta que ella le paga a su hija eps contibutiva y además prepagada con colsubsidio.Durante valoración se ve una madre atenta ,que manifiesta adecuados cuidados refiere vacunas aunque no presenta carnet al día controles con pediatría al día ,además con adecuado cuidado y presentación se observa a la menor cabe aclara que se realiza valoración a partir del principio de buena fe ,familiar indica que esta esperando la remisión ,paciente egresa según ertinencia medica

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones

Fumador: Medida Fumador: Tiempo Fumador: Medida Exfumador: Tiempo Exfumador:
Fumadores en Casa: Exposición al humo: Tiempo exposición: Medida Exposición: Mascotas en casa:
Sustancias: Medida Sustancias: Tiempo Sustancias:

Planifica: ☐

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

DIAGNOSTICOS		
Codigo	Descripción	Principal
S009	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	☑

Leidy Jején Rincón

JEJEN RINCON LEIDY YANETH
Trabajadora_Social
1096950346

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