SOBRE
546

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

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	$ 3.466.980	3204	2022-10-06	2022-11-05
9	$ 3.466.980	3592	2022-11-06	2022-12-05
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	OCTUBRE 2022	$ 3.361.920	$ 456.900	62134732	10/10/2022
10	NOVIEMBRE 2022	$ 3.466.980	$ 456.900	62848871	8/11/2022
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	$ 35.060.256	$ 33.955.800	$ 1.104.456

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: 2022-11-01 Hasta: 2022-11-30

	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 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)

	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 05 Y 06 DE NOVIEMBRE 2022

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.

Firma del Contratista

C.C. 1.096.950.346 de MALAGA SANTANDER

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARIA FERNANDA MONSALVE I.
CARGO:	JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARIA FERNANDA MONSALVE I.
CARGO:	JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	

Cuenta de Cobro 10 -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, PESOS.
($ 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 Noviembre 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 NOVIEMBRE 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	
2022-10	2022-10	I	08/11/2022	62848871	$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		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	33.600			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

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	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON	CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA APTO 202 T 20	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	
2022-10	2022-10	I	08/11/2022	62848871	$456.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. 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	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

Secretaria 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: 5/11/2022 11:25:32 a. m. N° FOLIO:10

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1010208910 IDENTIFICACION: 1010208910 EDAD: 15 Años \ 6 Meses \ 17 Días

NOMBRE PACIENTE: MARIA MONICA MENDOZA FERNANDEZ FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/2007 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 0

ENTIDAD: RS202 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado

DIRECCION: CLL22 14-22 TELEFONO: 3045342421 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 14380041 FECHA DE INGRESO: 4/11/2022 8:18:55 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

RESPONSABLE: 5 5 55 5 DIRECCION RESPONSABLE: 5 TELEFONO RESPONSABLE:5

ANALISIS SUBJETIVO

MOTIVO:PACIENTE DE 15 AÑOS D EDAD QUIEN INGRESA POR QUE SE DESAPARECIO POR 6 DIAS QUIEN SE ENCONTRABA EN LA CASA JUNTO CON LA FAMILIA DEL AMIGA MICHEL GONZALEZ COMPUESTA CONPAPA,MAMA Y 2 HERMANS QUE SEHGUNREFIEREN ESTABAN BAJO LAS ORDENES DE LA FAMILIA DENTRO DE LOS,LLIMITES DE UNAFAMILIA NORMAL ,Y LA PACIENTE NO QUIZO DAREL NUEMRO DE TELEFONO PARA QUE SE COMUNICARAN ,ADEMASNO ACUDIERON AL COLEGIO PORQUE LA ISNTITUCIONESTABA EN FUMIGACION POR ROEDORES ,LA PACIENTE ABANDONA LKA CASA LE 21/10/22 Y REGRESA A SU CASA EL 27 /10/22 CONSECUENCIA DE LA SITUACION LA MADRE DE LA PACIENTE PONE LA DENUCNCIA EN LA FISCALIA POR DESAPARICION , REFIER LA PACIE4NTE QUIEN EN ESTE INTERROGATORIO ESTA JUNTO ALA MADRE PATRICIA MARIBEL FERNANDEZ NAVARRO . 530844021 QUIEN ACEPTA QUE RECIBIERON DURANTE LOS DIAS DE DESAPARECION MENSAJES TLEFONICOS DE LAPACIENTE QUE CREARON DUDA Y NO FUERON CLAROS EL DIA 27 /10/22 ACUDIO AL COLEGIO A ESTUDIAR JUNTO ESCURCION A LA UNIVERSIDAD UNIMINUTO CUANDO LLEGA AL INSTITUCION EN DIRECTOR LOCALIZA AL AMADRE QUIEN ACUDE AL COLEGIO A RECIBRI A LA HIJA . ACTUALEMNET LA PACIENTE SED ENEUCNTRA ENBUENAS CONDICIONES GENERALES NO SIGNOS DE DIFICULATD RESEPIRTAORIA , NO ALTERACION HEMODINAMICA NI DE BAJO GASTO, NEUROLOGICAMENTE LUCIDA COCNEIENTE NE LAS 3 ESFERAS , NOM SIGNOSDE FOCALZIACION PARES CRANEALS NORMALES SEGUN REFIERE LAMADRE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN SU CASA DE YHACE 9 DIAS , NO HA PRESENTADO NINGUNA SINTOMATOLOGIA TAL ES ASI QUE ACUDE AL COLEGIO NORMALEMENTE EY REFIER QUE YA NINCA MAS VA AUSENTARSE DE LA CASA QUE SI LO HACE VA A SOLCITAR PERMISO SOLICITO PRUEBA DE TOXICOLOGIA VALORACION POR TRABAJO SIOCIAL Y PSICOLOGIA

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE CON RED FAMILAIR QUEIN SE HA EVADIDO DOS VECES DE LA CASA ACTUALE VACION DE 6 DIAS

RESPUESTA

NOMBRE: MARIA MONICA MENDOZA FERNANDEZ IDENTIFICACIÓN: 1010208910
EDAD: 15 años
DIRECCIÓN: carrera 14 n°22-47
BARRIO: santa fe
LOCALIDAD: mártires
CELULAR: 3045342421//3128040343
EPS: Capital salud
NOMBRE DE RED FAMILIAR:
Katherin Fernandez (hermana)
Maribel Patricia Fernandez (MAMÁ)

DIAGNÓSTICO:
REPORTE DE CASO MENOR , MARIA MONICA MENDOZA FERNANDEZ; EVACION DE CASA DURANTE 6 DIAS CASO REMITIDO DE ICBF CON DENUNCIA EN FISCALÍA COMO DESAPARECIDA.

Me permito poner a disposición el caso de la paciente MARIA MONICA MENDOZA FERNANDEZ menor con documento de tarjeta de identidad 1010208910 de 15 años de edad; quien se encuentra en pediatría cama 61 en compañía de su progenitora la señora Maribel Patricia Fernandez cc53084021 desde el día 04/11/2022, traída por madre " refiere me enviaron el día jueves a retirar denuncia en fiscalía ellos me enviaron a icbf y ellos me remitieron al hospital mas cercano para realizar exámenes de toxicología y verificar si había algún abuso "

se realiza valoración con madre de menor quien indica que "su hija desapareció seis días desde 21 de octubre y regreso el 26 de octubre 2022 al colegio de donde la contactaron para que fuera por la paciente, comienta que su hija es obediente , pero que no entiende por qué no les informo , madre poco clara en la información se le solicita saber si cuenta con red familiar dice que si que su hija subió a cuidar a la paciente y es quien se quedara con ella , indica que la paciente es la menor de sus 8 hijos ;que es de un papá diferente pero el falleció , relaciones cordiales con su hija, refiere que la menor nació en Bogotá pero que ella es de Valledupar , trabaja como mesera en un restaurante".

Se realiza desplazamiento al servicio menor en compañía de la hermana la señora Katherine Fernández cc1018436295 quien indica que la paciente es su hermana menor que es la segunda vez que se evade de la casa, pero la vez pasada solo se fue un día , comenta que en esta ocasión su hermana espero que todos se durmieran y se fue de la casa , ella escribía al whastapp pero no enviaba audios ni fotos entonces nosotros pensamos que se la habían robado o que algo le paso por eso colocamos la denuncia por desaparecida, duro 6 días fuera de la casa donde una amiga; comenta que la paciente y la amiga engañaron a la madre de la compañera por que les decían que la paciente si hablaba y tenia permiso de quedarse una semana en la casa de la amiga ya que en el colegio estaban realizando fumigación por ratones, mi hermana está cursando y validando 8 grado esta en ciclo 4 es decir 8 y 9 grado las relaciones de ella son con hombre no ha iniciado vida sexual, refiere que no volvía a la casa por que le daba miedo que la regañaran además se corto y pinto el cabello hace un mes se lo había cortado pero no tanto como esta vez , ella es un poco rebelde pero se controla , comenta que le va bien en el colegio, refiere que ella ya se quiere ir que no lo volverá hacer, llegamos aquí porque mi mama fue a retirar la denuncia el jueves 03 de noviembre, pero ellos nos indicaron que debíamos ir al icbf de donde nos enviaron a un hospital presenta documentos se anexan en historia clínica."

Medico tratante de la paciente informa "me desaparecí 6 días ""paciente de 15 años d edad quien ingresa por que se desapareció por 6 dias quien se encontraba en la casa junto con la familia del

Leidy Jején Rincón.

Profesional:LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Registro Medico: 1096950346
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

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

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: 6/11/2022 8:12:05 a. m. **N° FOLIO: 22**

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA:	1023989451	**IDENTIFICACION:** 1023989451	**EDAD:** 0 Años \ 10 Meses \ 4 Días
NOMBRE PACIENTE:	MIGUEL ANGEL OCHOA ORDUZ	**FECHA DE NACIMIENTO:** 11/01/2022 12:00:00 a. m.	**SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero	**NIVEL / ESTRATO:**	CONT. BENEFICIARIO NIV. 1 CAT. A MENOR A 2 SMMLV
ENTIDAD:	EPS017	**TIPO DE REGIMEN:**	Contributivo
DIRECCION:	CARRERA 5 48T 18 SUR	**TELEFONO:** 3103376795	**PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	14372144	**FECHA DE INGRESO:**	3/11/2022 12:55:53 p. m.		
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	**CAUSA EXTERNA:**	Enfermedad_General		
RESPONSABLE:	SANDRA ORDUZ	**DIRECCION RESPONSABLE:**	CARRERA 5 48T 18 SUR	**TELEFONO RESPONSABLE:**	3103376795

ANALISIS SUBJETIVO

motivo:SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR VALORACIÓN POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL PARA VALORAR AUTORÍZACIÓN DE QUE PADRE DEL MENOR SE QUEDE EN LA NOCHE CON EL, YA QUE ES EL UNICO MOMENTO EN EL QUE LO PUEDE VISITAR.

ANALISIS OBJETIVO

FAMILIAR CUENTA CON RED FAMILAIR PADRES

RESPUESTA

SE REALIZA VALORACION CON MADRE DEL MENOR QUIEN REFIERE LLAMARSE SANDRA ORDUZ CC52734992 , TELFONO 3103376795 INDICA QUE ELLA VIVE CON SU APREJA Y EL MENOR , CUENTA CON ABUAL MATERNA PERO ES UNA ADULTA AMYOR EL DIA DE AYER ESTABAN REALIZANDO EL CAMBIO CON ESPOSO PERO LES DIJERON QUE SOLO CON AUTORIZACION NDE PDIATRIA PUEDE QUEDARSE UN HOMBRE EN LA NOCHE MOTIVO POR EL CUAL HABLO CON EL PEDIATRA DE TURNO E INDICOA QUE INBTERCONSULTARIA A TRABAJO SOACIOL , AMDR MANIFIESTA QUE LLEAV VARIOS DIAS SIN DORMIR Y SU ESPOS SOLO LA PUEDE CUBRIR EN ALS NICHES ESTA DEACUEDO CON LA ESTANCIA Y ACOMPANÑAMIENTO DEL SEÑOR CON EL BEBE, SE LE ACLARA A LA FAMILAI DE PACIENTE QUE POR PROTOCOLO SE TIENE ESTABLECIDO QUE SOLO PEDIATRIA ES QUIEN DA LA AUTORIAACION SE DIRECCCIONA APRA QUE HABLE CON PEDIATRA DE TURNO DEL DIA DE HOY , ADEMAS SE LE INDICA QUE RABAJO SOCIAL SOLO VERIFICA SIN MADRE O APDR ESTAN DE ACUERDO CON EL CUIDADO DE LA PERSONA QUE SE QUEDE DE NOCHE PERO COMO ESTA DEFINICO EN LA INSTITUCION QUIEN DA EL PERMSIO ES PEDIATRA TRATANTE

TRATAMIENTO

SE REAIZA VALROACION DE DINAMICA FAMILAIR
MADRE Y APDRE SOLICIATN QUE EL SEÑOR SE QUEDE EN ALS NOCHES YA QUE EN LAS MAÑANAS EL TRABAJA Y SOLO CUENTAN CON EL APOYO DE UNA DULTA AMYOR Y NO QUIEREN ARRIESGAR LA SALUD DE LA SELÑORA
SE ORIENTA APRA QUE COMENTE CASO CON PEDIATRIA SEHGUN PROTOCOLO DE INSTITUCION
SE INDAGA CON COLEGA DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL E INDICA QUE EFECTIVAMENTE QUINES AUTORIXZAN QUE EL PADRE SE QUEDE ES EL MEDICO TRATANTE DEL APCIENTE
SE CIERRA INTERCVONSULTA POR TRABAJO SOCIAL

RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA	3BLN01 - SAN BLAS ATENCION AL PACIENTE TRABAJO SOCIAL
ESPECIALIDAD	TRABAJO SOCIAL
ANALISIS SUBJETIVO	motivo:SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR VALORACIÓN POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL PARA VALORAR AUTORIZACIÓN DE QUE PADRE DEL MENOR SE QUEDE EN LA NOCHE CON EL, YA QUE ES EL UNICO MOMENTO EN EL QUE LO PUEDE VISITAR.
ANALISIS OBJETIVO	FAMILIAR CUENTA CON RED FAMILAIR PADRES
RESPUESTA	SE REALIZA VALORACION CON MADRE DEL MENOR QUIEN REFIERE LLAMARSE SANDRA ORDUZ CC52734992 , TELFONO 3103376795 INDICA QUE ELLA VIVE CON SU APREJA Y EL MENOR , CUENTA CON ABUAL MATERNA PERO ES UNA ADULTA AMYOR EL DIA DE AYER ESTABAN REALIZANDO EL CAMBIO CON ESPOSO PERO LES DIJERON QUE SOLO CON AUTORIZACION NDE PDIATRIA PUEDE QUEDARSE UN HOMBRE EN LA NOCHE MOTIVO POR EL CUAL HABLO CON EL PEDIATRA DE TURNO E INDICOA QUE INBTERCONSULTARIA A TRABAJO SOACIOL , AMDR MANIFIESTA QUE LLEAV VARIOS DIAS SIN DORMIR Y SU ESPOS SOLO LA PUEDE CUBRIR EN ALS NICHES ESTA DEACUEDO CON LA ESTANCIA Y ACOMPANÑAMIENTO DEL SEÑOR CON EL BEBE, SE LE ACLARA A LA FAMILAI DE PACIENTE QUE POR PROTOCOLO SE TIENE ESTABLECIDO QUE SOLO PEDIATRIA ES QUIEN DA LA AUTORIAACION SE DIRECCCIONA APRA QUE HABLE CON PEDIATRA DE TURNO DEL DIA DE HOY , ADEMAS SE LE INDICA QUE RABAJO SOCIAL SOLO VERIFICA SIN MADRE O APDR ESTAN DE ACUERDO CON EL CUIDADO DE LA PERSONA QUE SE QUEDE DE NOCHE PERO COMO ESTA DEFINICO EN LA INSTITUCION QUIEN DA EL PERMSIO ES PEDIATRA TRATANTE

Leidy Jején Rincón

Profesional:LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Registro Medico: 1096950346
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

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

NÚMERO ACTIVIDADES MENSUALES DESARROLLADAS

NOMBRE: LEIDY YANETH JEJEN RINCON

CC: 1096950346

NÚMERO CONTRATO: 1476-2022

UNIDAD: HOSPITAL SAN BLAS

SERVICIO: TRABAJO SOCIAL

No.	ACTIVIDAD		JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	Traslados de Niños a Garantia de Protección de Derechos		2	2	4	2		
2	Traslados a Fiscalía Plena Identidad		1	3	2	1		
3	Traslados a Registraduria Para Cedulación		1	2	3	1		
4	Traslados de niños a Comisaria		0	0	5	1		
5	Ubicación A Través De Sdis, Ong y Otros Centros		3	2	7	3		
6	Desarrollo de Fichas Sivim		1	2	1	1		
7	Códigos Blancos		2	2	4	2		
8	Violencias (físicas, género, económicas, patrimonial)		1	1	4	2		
9	Interconsultas Realizadas		80	130	58	49		
10	Seguimiento a Pacientes por TS		68	129	60	60		
11	Desarrollo de Estudios Sociales		7	8	3	3		
12	Trámite Fallecidos		2	2	3	1		
13	Trámite Óxigenos		13	15	4	13		
14	Talleres Dictados por Trabajo Social		0	0	0	0		
15	Traslados, acompañamientos y/o reconocimientoes de usuarios		1	1	2	1		
16	Socialización Derechos y Deberes Usuarios		24	24	24	24		
17	Socialización Derechos y Deberes a Colaboradores y Socialización de Mecanismos de escucha a colaboradores		15	15	15	30		
18	Socialización Manual ciclo de atención al paciente		15	15	15	15		
19	Encuestas Satisfacción Urgencias		0	0	0	0		
20	Encuestas Satisfacción Hospitalización		15	13	13	17		
21	Encuesta Adherencia Derechos y Deberes Usuarios		5	5	5	5		
22	Encuesta Adherencia Derechos y Deberes Colaboradores		10	5	5	5		
23	Registro Si - Cuentanos	Barreras Individuales	17	20	20	20		
		Orientación Grupales	4	4	4	4		
		Gestión de seguimiento	0	0	0	5		
24	Asistencia a Reuniones de Equipo		1	1	2	2		

OBSERVACIONES:

Yurany Reyes Q.
Trabajadora Social
T.P. 1026145301 - 1
U.Nacional

1 informacion general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
5 documentos del contrato
6 informacion presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 cumplimientos

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

identificación 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
	1476 2022 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022.pdf (Archivado)	1476 2022 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022.pdf	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	NC 3 CAMBIO SUPERVISOR 1.pdf	NC 3 CAMBIO SUPERVISOR 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1476 2022 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 26 OCT.pdf	PS 1476 2022 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 26 OCT.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2022.pdf	PS 1476 2022 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Quitar seleccionado | Subir nuevo

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >