Subred 647

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: PS 1033 2023 **C.D.P. No.:** 99

Proceso que pertenece: Proceso Misional
Servicio al que pertenece: Participación Comunitaria Y Servicio Al Ciudadano.
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:** Bogota D.C

Fecha Inicio: 2023-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual:** $ 3.709.728 **Valor a cobrar:** $ 3.709.728

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 171.640	860	2023-04-01	2023-04-20
2	$ 3.709.728	1033	2023-04-21	2023-05-20
3				
4				
5				
6				
7				
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	ENERO 21 al 31	$ 1.155.660	$ 457.900	64277088	27/12/2022
2	FEBRERO	$ 3.466.980	$ 459.200	64975116	8/02/2023
3	MARZO	$ 3.466.980	$ 457.900	65712442	2/03/2023
4	ABRIL	$ 3.709.728	$ 457.900	66511244	4/04/2023
5					
6					
7					
8					
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	$ 13.979.368	$ 11.799.348	$ 2.180.020

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:** 2023-04-01 **Hasta:** 2023-04-30

	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.	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 10 a 20 orientaciones diarias
2	Organización, seguimiento y asignación de actividades del personal que se tiene a cargo en las unidades designadas y la elaboración de respuestas a las PQRS interpuestas a la unidad correspondientes a la Oficina	Se realiza seguimiento de las actividades a ajecutar por parte de cada colaborador y se realizan las retroalimentaciones a que haya lugar, asi mismo a traves del aplicativo Orfeo se da respuesta oportuna a las PQRS y se realizan actas de retroalimentación al colaborador involucrado segun corresponda al caso.	Se realiza reunión mensual se seguimiento con el personal a cargo. En los casos de los requerimientos de PQRS con el radicado de la respuesta al usuario de adjunta acta de retroalimentación.
3	Asistir tecnicamente a la jefatura de la Oficina y a los líderes de centro en las unidades asignadas, brindando apoyo en comites y resolverviendo las necesidades que surjan.	Se esta a disposición de los lideres de centro para brindar apoyo en informes, asistencia en auditorias y demas actividades que se dispongan, asi mismo se apoya la jefatura de la Oficina en todo lo requerido.	Se firman actas de asistencia de las reuniones y demás actividades delagadas.
4	Actualización de manuales, instructivos, procedimientos y formatos de la Oficina, así como la elaboración de informes mensuales, trimestrales y demás asignados.	Se realiza revisión y actualización de manuales, instructivos, procedimientos y formatos de la Oficina, así como la elaboración de informes mensuales, trimestrales y demás asignados.	Se gestionan informes mensuales y trimestrales que dan respuesta a las actividades realizadas desde la oficina
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 vía correo electrónico y vía 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 al tramite correspondiente.	se realizan gestiones dependiendo del requerimiento del usuario, se realizan se manera oportuna y permanente en el centro medico SAMPER MENDOZA.
6	Realizar el ingreso en el aplicativo CUENTANOS Bogotá de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que	Se suben datos de barreras de acceso en salud y orientaciones realizadadas durante la jornada laboral	se realiza registro de los usuario en aplicativo CUENTANOS BOGOTA, realzando un aproximado de 2 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 y/o hospitalaria frente al tema de afiliacion y se realiza valoraciones clínicas en el servicios de urgencias y hospitalizacion desde trabajo social.	se realiza orientaciones para atención integral a gestantes, atiendo un aproximado de 2 a 5 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 sorientaciones individuales y/o familiares 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 (hogares privados y ante la secretaria distrital de integración social), teniendo en cuenta la dinámica del paciente en pro de generar institucionalizaciones a dicha poblacion.	se realiza gestión y seguimiento a paciente de abandono social ubicados en el HOSPITAL SAMPER MENDOZA , actualmente se encuentra un aproximado de 8 a 12 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: **FECHA**
DE TURNO: 6 Y 7 DE ABIL 2023

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.

Erika C.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.948.617 de Bogota D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LUZ ALBA QUINTANA
CARGO:	Jefe Oficina Servicio al Ciudadano y Participacion Comunitaria (E)
FIRMA	
FECHA DE SUPERVISIÓN	01/04/2023 AL 10/04/2023

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	FANNY LUCIA RUGELES DE HERNANDEZ
CARGO:	Jefe Oficina Servicio al Ciudadano y Participacion Comunitaria
FIRMA	
FECHA DE SUPERVISIÓN	11/04/2023 AL 30/04/2023

Cuenta de Cobro 4

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 Setecientos Nueve Mil Setecientos Veintiocho Pesos.
($ 3.709.728).

Por concepto de:

- Prestación de servicios como trabajadora social en el área de participación comunitaria y servicio al ciudadano, en cumplimiento del contrato PS 1033 2023 correspondiente del 01 al 30 de ABRIL de 2023.

OBJETO: 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.

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 ABRIL 2023.

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	3112197715	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	04/04/2023	66511244	$457.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	173.800	0		0		0	0	0	0	173.800	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	222.400	0	0	0	0	0	0		222.400	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	33.900				33.900	0	0	33.900			339	33.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.800	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	173.800	173.800
Pensión	1	222.400	222.400
Riesgos Laborales	1	33.900	33.900
CCF	1	27.800	27.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	457.900	457.900

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	1023948617	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	CRA 6 A ESTE # 36 K 14 SUR	3112197715	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	
2023-03	2023-03	1	04/04/2023	66511244	$457.900	

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	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
1023948617	CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA	59	0			N																230301	1.390.000	222.400	0	0	0	0	EPS005	1.390.000	173.800	14-7	1.390.000	3	33.900	CCF24	1.390.000	27.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 180561

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Cami Samper Mendoza

Trabajador Social: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS **Tarjeta Profesional:** 1023948617 **Fecha Estudio:** 06/04/2023

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

Identificación:	AS: VEN18543267	**Nombre:**	PIÑEROS CASTILLO JOVERSY		
F. Nacimiento:	08/01/1984	**Dirección:**	NO RECUERDA		
Departamento:		**Localidad:**	LOS MARTIRES	**Barrio:**	SANTA FE
Estrato:	2	**Celular:**	0	**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 hospital SAMPER MENDOZA la señora JOVERSY PIÑEROS CASTILLO 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 JOVERSY PIÑEROS CASTILLO se acerca al hospital SAMPER MENDOZA al servicio de urgencias solicitando valoración por que actualmente presenta "dolor en el pecho" por lo cual es atendida por el médico de turno quien la ingresa para valoración.

NOTA: SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO HASTA EL DIA DE HOY POR FALLAS EN EL SISTEMA.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Usuaria que refiere ser procedente de Venezuela y proveniente de tipología familiar primaria (progenitores - hermanos), con quien cuentan con buenas relaciones familiares.
A su vez paciente quien refiere que durante el transcurso sostuvo una relación sentimental con de la cual conformo red familiar (4 hijos), sin embargo, aclara que se encuentra separada.
De igual forma refiere se tuvo que trasladar hacia Colombia dada la situación socio-económica de su pais de origen desde hace 15 días, sin embargo, aclara que actualmente se encuentra viviendo en compañía de sus hijos, con quien cuenta con relaciones estrechas y dependientes.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 180615

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Cami Samper Mendoza

Trabajador Social: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS **Tarjeta Profesional:** 1023948617 **Fecha Estudio:** 07/04/2023

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

Identificación:	MS: VEN4118	**Nombre:**	CUENCA LOZADA JOXIEL YHONNYEL		
F. Nacimiento:	06/07/2019	**Dirección:**	DIAGONAL 22 # 18 - 53		
Departamento:		**Localidad:**	LOS MARTIRES	**Barrio:**	SANTA FE
Estrato:	2	**Celular:**	3153551764	**Teléfono:**	
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Soltero(a)	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
Orient. Sexual:	Heterosexual	**M. Gestante:**	No Aplica	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

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

Datos Acudiente:

Identificación:	AS: VEN28498677	**Nombre:**	FRANCIS LOZADA	**Télefono:**	3153551764

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

se acerca la señora FRANCIS LOZADA al hospital SAMPER MENDOZA solicitando la oferta de servicios de salud para el menor de edad JOXIEL YHONNYEL CUENCA LOZADA ante el fondo financiero distrital como población vinculada, debido a que argumenta no capacidad de pago para afiliarla a una eps contributiva o pagar el 100% de las atenciones que requiera, por lo 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)

se acerca la señora FRANCIS LOZADA al hospital SAMPER MENDOZA al servicio de urgencias solicitando valoración para el menor de edad JOXIEL YHONNYEL CUENCA LOZADA, ya que actualmente presenta "tos y dificultad para respirar", por lo cual es atendida por el médico de turno quien la ingresa para valoración.

ANTECEDENTES FAMILIARES

menor de edad de edad (3 años), quien es proveniente de tipología familia primaria (progenitores) siendo hijo único de la unión de sus progenitores.

A su vez menor quien desde su ingreso a Colombia hace 6 meses aproximadamente, aclarando que desde su ingreso el menor se encuentra viviendo en compañía de su progenitores, con quien cuenta con relaciones estrechas y dependientes.

De igual forma refiere que dada la distancia han intentado mantener buenas relaciones con sus familiares que se encuentran en su país de origen (Venezuela).