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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps 0539 - 2019 **C.D.P. No.:** 80 -2019

Proceso al que pertenece: ATENCION AL USUARIO

Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA VICTORIA

Nombre del Contratista: Angela Edith Reyes **C.C.** 52.532.721 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2019-01-16 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-15 **Valor Mensual:** $ 2.901.600 **Valor a cobrar:** $ 3.187.008

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.374.000	1721	2019-07-16	2019-09-15
2	$ 6.374.016	2209	2019-09-16	2019-11-15
3	$ 6.374.016	2975	2019-11-16	2020-01-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO 15 AL 31	$ 1.560.000	$ 382.300	8486192470
2	FEBRERO 2019	$ 3.088.800	$ 383.000	8488688316
3	MARZO	$ 3.088.800	$ 383.000	8489228842
4	ABRIL	$ 3.088.800	$ 382.300	8490355154
5	MAYO	$ 3.088.800	$ 382.300	8490355154
6	JUNIO	$ 3.088.800	$ 383.300	8492659135
7	JULIO Del 1 al 15	$ 1.528.800	$ 382.300	8493748287
8	JULIO Del 16 al 31	$ 1.609.600	$ 382.300	8493748287
9	AGOSTO	$ 3.187.008	$ 394.500	8495808522
10	SEPTIEMBRE	$ 3.187.008	$ 394.500	8495808522
11	OCTUBRE	$ 3.187.008	$ 394.500	8495964982
12	NOVIEMBRE	$ 3.187.008	$ 394.500	8498259007

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18.532.800	$ 37.654.832	$ 32.890.432	$ 4.764.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TRABAJADOR SOCIAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNI DADES QUE SE REQUIERA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1	Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	Se brinda orientación e información general que solicita el usuario con base en puntos de atención de la SUBRED que beneficien sus necesidades y faciliten el acceso a los servicios de salud.
2	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 realizan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el area de trabajo social para realizar estudios de caso e instrumentos provisionales. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social.
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 de Atención al Usuario y Calidad.	Se desarrollan oportunamente las actividades correspondientes al servicio de Trabajo Social en los servicios de Alojamiento, urgencia y sala de partos, unidad de basicos, según lineamientos estipulados por los programas. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención.
4	Trámite de 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 Centro Oriente.	Se realiza seguimiento a usuarios hospitalizados en condicion de abandono a fin de agilizar gestion bien sea de institucionalización o egreso hospitalario en tiempo oportuno.
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según casa caso, de igual modo la gestión de traslado e identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se desarrollan oportunamente las gestiones y trámites correspondientes al servicio de Trabajo Social en los servicios de hospitalización, referidos a la atención de población vulnerable. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención.
6	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 realizan 40 cargas mensuales del SIDMA por profesional.
7	Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, se da orientación completa, se coordina con facturación cita por rentabilidad social, se ingresa en base de datos interna y se hace seguimiento telefónico para sensibilizar a las usuarias acerca de la importancia de garantizar su aseguramiento en el Distrito.	Se orientan a las madres gestantes en el proceso de afiliacion o dependiendo la situacion socio economica en que este se le realiza estudios social de caso e instrumento provisional, tambien se reporta a primer nivel por medio de ficha SIVIM.
8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	Se realiza sensibilizacion a usuarios de manera mensual permitiendo que ellos sepan sus deberes en salud y que lospuedan exigir.
9	Presentar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales al supervisor del contrato acompañado de los recibos de pago de salud y pensión acorde con los honorarios asignados, así como de los soportes que sustenten el desarrollo de actividades durante el mes como requisito previo para la expedición de la certificación de cumplimiento a satisfacción necesaria para efectos del pago de los honorarios.	se realiza el informe mensual adjunto anexo que sustente haber realizado fin de semana y se adjunta la planilla de pago que comprende salud, pensión y ARL.
10	Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, realizar 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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se cumplio, participando en las diferentes reuniones del area.

Observaciones:
Quedan 18 Orfeos pendientes por cerrar.

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 52.532.721 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DRA: MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	

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: 02/11/2019 11:31:59 a. m. N° FOLIO:9

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA:	VEN24387275	**IDENTIFICACION:**	VEN24387275	**EDAD:**	26 Años \ 5 Meses \ 0 Dias
NOMBRE PACIENTE:	YORDELIS ODALIS CUBILLAM BEJA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	22/06/1993 12:00:00 a. m.	**SEXO:**	Femenino
ESTADO CIVIL:	Soltero	**NIVEL / ESTRATO:**	INSTRUMENTO PROV. (VINCULADO)		
ENTIDAD:	FFD001	**TIPO DE REGIMEN:**	Vinculado		
DIRECCION:	NO, SABE	**TELEFONO:**	3045974630	**PROCEDENCIA:**	LOC. RAFAEL URIBE

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	10195713	**FECHA DE INGRESO:**	01/11/2019 2:22:30 a. m.		
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	**CAUSA EXTERNA:**	Enfermedad_General		
RESPONSABLE:	OLIVER MORENO	**DIRECCION RESPONSABLE:**	0	**TELEFONO RESPONSABLE:**	3225850637

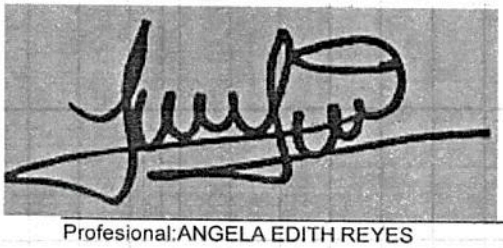
RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA 2MIN01 - MATERNO INFANTIL ATENCION AL PACIENTE TRABAJO SOCIAL

ESPECIALIDAD MEDICINA CONS EXT-URG-HOSP SCO

ANALISIS SUBJETIVO Paciente consciente orientada en buena actitud escucha colaboradora en entrevista, receptiva con información suministrada, expresa interés por ejercer rol materno, reporta como soporte familiar a pareja sentimental padre de recién nacido.

ANALISIS OBJETIVO Motivo de interconsulta:::::::::::::::::::::::::::: paciente con alto riesgo social y deficiente control prenatal :::::::::::::::::::::::::::::::: A fin de dar respuesta interconsulta se realiza entrevista abierta la paciente quién indica ser natural de Venezuela estado Aragua, no contar con permiso especial de permanencia reporta como cédula venezolana 24387 275, con escolaridad de bachiller completo residente en Colombia hace un año en busca de mejores condiciones de vida, teniendo en cuenta el actual contexto social político y económico en el que se encuentra su país de origen. Comenta habitar en apartamento arrendado ubicado en la diagonal 48 H bis número 5 n 69, barrio Marruecos teléfono 304597 4630, donde manifiesta convivir con pareja sentimental padre de recién nacido señor Oliver Moreno, venezolano de 28 años, tiene permiso especial de permanencia se ocupa como ayudante en labores de construcción, suegra señora Ana Pereira de 49 años, venezolana, tiene permiso especial de permanencia, se ocupan las actividades del hogar sobrinos de pareja de 5 y un año e hijos de un año y siete meses, los dos hijos del mismo padre de recién nacido. Reporta convivencia de 7 años con el señor Moreno, niega violencia intrafamiliar, niega antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas de su parte o de algún miembro de su familia.....En relación al motivo de consulta de esta unidad de atención en salud refiere que se encontraba cursando un embarazo no programado, si aceptado con 26 semanas y sólo tres controles realizados en Maracay Venezuela, expresa " en el tiempo que estaba aquí en Colombia voy y vengo de Venezuela, alcancé a tomar tres controles prenatales yo tengo el carné de lo que pasa es que no lo tengo en el momento no sé bien donde lo tengo pero pues me realice haya tres controles en lo que estaba aquí en Colombia no me he realizado ningún control no tengo permiso especial de permanencia " Menor nacio el primero de noviembre del 2019 con 26 semanas de gestación, 0 consultas perinatales, 1200g, de sexo masculino según historia clínica de evento obstetricio registrada en folio número 2 de la presente historia clínica.



Profesional:ANGELA EDITH REYES
Registro Medico. 52532721
Especialidad:TRABAJO SOCIAL UHMES SANTA CLARA SCO

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

FORMATO DE CONTROL DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – GESTIÓN HOSPITALARIA
HOJA INDUCCIÓN DE PARTO

CÓDIGO: MI-HO-FT-002
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-17

NOMBRE						HISTORIA				
FECHA	ACTIVIDAD UTERINA			SIGNOS VITALES				OXITOCINA	OBSERVACIONES	FIRMA MÉDICO
	Frecuencia	Duración	Intensidad	TA	FC	FR	FCF	mU/min		
Hora	10 minutos	Segundos	normal ++	mmHg	min	min	min			

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: 03/11/2019 10:07:21 a. m. N° FOLIO:14

DATOS DEL PACIENTE:

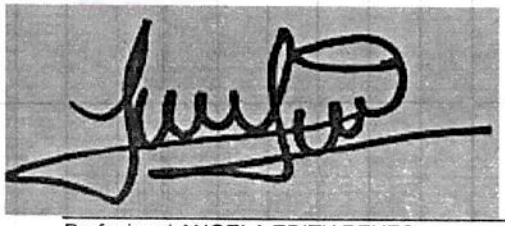
N° HISTORIA CLINICA:	VEN26431134	**IDENTIFICACION:**	VEN26431134	**EDAD:**	22 Años \ 1 Meses \ 0 Dias
NOMBRE PACIENTE:	LEUNIMAR CAROLINA CHAPARRO DURAN	**FECHA DE NACIMIENTO:**	22/10/1997 12:00:00 a. m.	**SEXO:**	Femenino
ESTADO CIVIL:	Casado	**NIVEL / ESTRATO:**	SISBEN NIVEL 3		
ENTIDAD:	FFD001	**TIPO DE REGIMEN:**	Vinculado		
DIRECCION:	CALLE 17 15 A LA FAVORITA	**TELEFONO:**	3105782470	**PROCEDENCIA:**	BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	10198115	**FECHA DE INGRESO:**	01/11/2019 7:59:21 a. m.		
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	**CAUSA EXTERNA:**	Enfermedad_General		
RESPONSABLE:	YORMALI NIEVES	**DIRECCION RESPONSABLE:**	0	**TELEFONO RESPONSABLE:**	3128079626

RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA	2MIN01 - MATERNO INFANTIL ATENCION AL PACIENTE TRABAJO SOCIAL
ESPECIALIDAD	MEDICINA CONS EXT-URG-HOSP SCO
ANALISIS SUBJETIVO	Paciente que durante entrevista se muestra consciente, orientada, colaboradora, en buena actitud de escucha, receptiva información e indicaciones suministradas, expresa interés en ejercer rol materno. Reporte adecuado soporte familiar por parte de pareja sentimental padre de recién nacida.
ANALISIS OBJETIVO	Motivo de interconsulta:::::::::::::::::::::: PACIENTE CON DEFICIENTE CONTROL PRENATAL:::::::::::::::::::::: Paciente que en entrevista abierta indica ser natural de Venezuela estado Carabobo, con escolaridad de bachiller completo no cuenta con permiso especial de permanencia, con cédula venezolana número 26 431 134 residente en Colombia hace 8 meses en busca de mejores condiciones de vida teniendo en cuenta el actual contexto social político y económico en el que se encuentra su país de origen. Refiere vivir en habitación arrendada ubicada en la carrera 17 número 15 - 43 barrio la favorita, teléfono 320 979 2293. Donde refiere convivir con pareja sentimental padre de recién nacido señor Neftalí Narza, venezolano, de 40 años, el cual no cuenta con permiso especial de permanencia, se ocupa como mesero. Reporta convivencia de 2 años con el señor Narza, niega violencia intrafamiliar, niega consumo de sustancias psicoactivas.En relación a recién nacida indica que es su segundo embarazo, el primero fue un aborto cuando sostenía relación sentimental con otra persona. Refiere que este no fue una un embarazo programado si aceptado con 39 semanas de gestación y sólo 3 controles prenatales realizados en Venezuela, no presenta carnet, comenta que en el tiempo que ha estado en Colombia ha acudido tres veces por los servicios de urgencia. Cuando se indaga situación de legalidad en el país manifiesta "no he ido a migración Colombia me dijeron que no lo daba y entonces pues la verdad no he ido". La paciente refiere ser beneficiaria de programa dirigido a madres gestantes donde reciben mercado mensual por parte del instituto colombiano de bienestar familiar. MENOR NACIO EL 02/11/2019 CON PESO DE 2850G, 0 SEMANAS DE GESTACION, 0 CONSULTAS PERINATALES SEGÚN HISTORIA CLINICA DE EVENTO OBSTETRICIO REGISTRADA EN FOLIO 11, CON 38 SEMAS DE GESTACION, SEGÚN FOLIO 12 HISTORIA CLINICA DE RECIEN NACIDO, REGISTRADAS EN LA PRESENTE HISTORIA CLINICA.



Profesional:ANGELA EDITH REYES
Registro Medico: 52532721
Especialidad:TRABAJO SOCIAL UHMES SANTA CLARA SCO

FORMATO DE CONTROL DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – GESTIÓN HOSPITALARIA
HOJA INDUCCIÓN DE PARTO

CÓDIGO: MI-HO-FT-002
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-17

NOMBRE										
					HISTORIA					
FECHA	ACTIVIDAD UTERINA			SIGNOS VITALES				OXITOCINA	OBSERVACIONES	FIRMA MÉDICO
	Frecuencia	Duración	Intensidad	TA	FC	FR	FCF	mU/min		
Hora	10 minutos	Segundos	normal ++	mmHg	min	min	min			

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52532721		REYES ANGELA EDITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 2A BIS N 2-97	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2465994	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-10	2019-10	30161510	8498259007	I	2019/11/07	2019/11/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$394,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,274,800	$204,000			$1,274,800	$159,400			$0	$0			$1,274,800	$31,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,274,800	$204,000			$1,274,800	$159,400			$0	$0			$1,274,800	$31,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,274,800	$204,000			$1,274,800	$159,400			$0	$0			$1,274,800	$31,100		$0	$0
1	CC 52532721	REYES ANGELA	25-14	30	$1,274,800	$204,000	EPS008	30	$1,274,800	$159,400		0	$0	$0	14-7	30	$1,274,800	$31,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,274,800	$204,000			$1,274,800	$159,400			$0	$0			$1,274,800	$31,100		$0	$0

2019/11/07 04:13 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52532721		REYES ANGELA EDITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 2A BIS N 2-97	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2465994	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	30161510	8498259007	I	2019/11/07	2019/11/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$394,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,000	$0	$0	$204,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$204,000	$0	$0	$204,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,100	$0	$0	$31,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,100	$0	$0	$31,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,400	$0	$0	$159,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$159,400	$0	$0	$159,400
TOTAL				**1**	**$394,500**	**$0**	**$0**	**$394,500**

2019/11/07 04:13 PM