Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:** ET-GT-CO-I T-403
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:** 01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 0546-2019 **C.D.P. No.:** 80

Proceso al que pertenece: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO A LA CIUDADANIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA

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

Fecha Inicio: 16-01-2019 **Fecha Terminación inicial:** 15-07-2019 **Valor Mensual:** $ 3.187.000 **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				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Enero	$ 1.544.400	$ 408.500	32278729
2	Febrero	$ 3.088.800	$ 409.000	8332581936
3	Marzo	$ 3.088.800	$ 408.100	33675715
4	Abril	$ 3.088.800	$ 408.600	8333777087
5	Mayo	$ 3.088.800	$ 409.600	34844015
6	Junio	$ 3.088.800	$ 406.300	35039482
7	Julio 1 Al 15	$ 1.544.400	$ 405.200	35628808
8	Julio 16 Al 31	$ 1.593.504	$ 405.200	35628809
9	Agosto	$ 3.187.008	$ 422.200	36705078
10	Septiembre	$ 3.187.008	$ 423.600	37457608
11	Octubre	$ 3.187.008	$ 426.300	37563597
12	Noviembre	$ 3.187.008	$ 420.000	38234415
13	Diciembre	$ 3.187.008	$ 421.300	38851732

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18.532.800	$ 37.654.832	$ 36.061.344	$ 1.593.488

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

OBJETO DEL CONTRATO

REALIZAR ACTIVIDADES COMO PROFESIONAL EN EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO A LA CIUDADANIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud	Se orientan a pacientes y familiares frente al acceso en tramites y procesos administrativos para acceder de manera plena al servicio 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 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 permitentes.
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 ficina de Atención al Usuario y Calidad.	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.
4	Tramite 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 ubicacion de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Centro Oriente	Se realiza acompañamiento al tramite de oxigeno domiciliario a pacientes en condición de abandono social o mala 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.
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según easa 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 realiza a partir del censo diario identificacion de poblacion habitante de calle sin certificar sin afiliación en salud con apoyo de secretaria Distrital de Integracion Social a quien se notifica caso via correo electronico y via telefonica y se acompaña valoracion de funcionario para diligenciamiento de ficha sirbe. se realiza seguimiento correspondiente a poblacion extranjera segun el manejo que requiera. Se notifica al area de patologia y sala de paz condiciones familiares de pacientes considerador poblacion habitante de calle y abandono social para que se direccione tramite correspondiente
6	Ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion 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 grupales en derechos y deberes realizados.
7	Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliacion 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	No aplica
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 socializacion de derechos y deberes en salud en cada uno de los servicios, de igual manera se orienta individual y familiarmente en tramites para acceder al servicio de la salud cuando se identifican barreras de acceso.
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 presenta cuenta de cobro mensual, con certificados de pagos de salud, pension y Arl. Ademas de soporte de turno de fin de semana segun corresponda.
10	El Contratista será responsable ante las autoridades competentes por las acciones u omisiones en el ejercicio de las actividades que desarrollen en virtud del presente contrato, cuando con ellos causen perjuicio a LA SUBRED o a terceros	Se desarrollan protocolos y rutas de atención correspondientes segun sea el caso.

Observaciones:

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

Erika C.

Firma del Contratista

C.C. 1.023.948.617 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS
CARGO:	JEFE OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO A LA CIUDADANIA
FIRMA	

ompensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
O	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
:	1023948617	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS		CRA 6 A ESTE # 36 K 14 SUR	3634742	ERIKA96PAOLA@GMAIL.COM	
MA ACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CA	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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-11	2019-11	I	09/12/2019	38851732	$421.300

ALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

S	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					
	Compensar EPS	860066942-7	159.400	0		0		0	4	500	0	159.900	1

TOTALES PENSIÓN

P	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
	Porvenir	800224808-8	204.000	0	0	0	0	4	600	0	204.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

L	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										
	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.100				31.100	4	100	31.200			311	31.200	1

TOTALES CAJAS

CF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
:	Compensar Caja	860066942-7	25.500	4	100	25.600	1

TOTALES PARAFISCALES

orte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
	0	0	0	0
ICBF				
	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	159.400	159.900
Pensión	1	204.000	204.600
Riesgos Laborales	1	31.100	31.200
CCF	1	25.500	25.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	420.000	421.300

Rdo Octubre
OK!

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	
2019-11	2019-11	I	09/12/2019	38851732	$421.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	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
CC	1023948617	CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA	59	0			N																	230301	1.275.000	204.000	0	0	0	0	EPS008	1.275.000	159.400	14-7	1.275.000	3	31.100	CCF24	1.275.000	25.500	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PÚBLICO por parte de Compensar Generador de Información

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 50726

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención:	SUBRED CENTRO ORIENTE	**Nombre USS:**	HOSPITAL SAN CRISTOBAL	**NIT:**	8002165380
Punto de Atención:	Hospital Santa Clara				
Trabajador Social:	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	**Tarjeta Profesional:**	1023948617	**Fecha Estudio:**	15/12/2019

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

Identificación:	AS: VEN25464442	**Nombre:**	MIRELES FARINA YALL JOSE		
F. Nacimiento:	16/02/1992	**Dirección:**	PAGA DIARIO		
Departamento:		**Localidad:**	SANTA FE	**Barrio:**	CENTRO ORIENTE
Estrato:	1	**Celular:**	3132787135	**Teléfono:**	
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Unión marital de hecho	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
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 Santa Clara el señor YALL JOSE MÍRELES FARINA 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, 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 YALL JOSE MÍRELES FARINA ingresa al hospital SANTA CLARA al servicio de urgencias por presentar "herida de arma corto-punzante", por lo cual es atendido por el médico de turno quien la ingresa para valoración.

ANTECEDENTES FAMILIARES

El señor YALL JOSE MÍRELES FARINA refiere ser procedente de Venezuela y quien refiere que durante el transcurso de su vida sostuvo una relación con la señora STEFANIA REQUERA con quien conformaron red familiar (gemelos), pero aclara que se encuentra serado desde hace 4 años.

a su vez usuario quien refiere que dadas las condiciones socio-económicas de su país de origen se tuvo que trasladar hacia Colombia desde 2 años aproximadamente.

De igual forma aclara que actualmente e se encuentra en una nueva relación sentimental desde hace 1 mes aproximadamente con la señora LAURA (desconoce apellido).

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO No. 50726

ANTECEDENTES LABORALES INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

el señor YALE JOSE MIRELES FARINA refiere que en su país de origen (Venezuela) se encontraba laborando como comerciante; de igual f... las condiciones socio económicas de su país de origen se tuvo que trasladar hacia Colombia desde hace 2 años aproximadamente.

Usuario quien refiere que desde su llegada a Colombia (Bogotá) no ha logrado trabajar formalmente ya que no le ha sido fácil la consecución de... por el cual depende económicamente de las labores que realiza de manera informal (vendedor ambulante), aclarando que de dichas labores ing... recursos de aproximadamente $30.000 diarios o por turno,

A su vez usuario quien manifiesta que los pocos recursos que logra recolectar son utilizados para el cubrimiento de necesidades básicas (paga diario $25.000), alimentación, vestuario) y demás gastos diarios

REDES FAMILIARES COMUNITARIAS INSTITUCIONALES

el señor YALE JOSE MIRELES FARINA refiere que únicamente cuenta con red de apoyo familiar (novia) en la cuidad de Bogotá dado que sus miembros familiares se encuentran en su país de origen (Venezuela), igual forma 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) y sensibiliza sobre la importancia de acudir en el menor tiempo posible ante migración Colombia (calle 100 # 11 b-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 dia 15/12/2019 con subsidio del 100% teniendo en cuenta el decreto 2408 del 2018 y la circular 2019EE56905 del 26/06/2019.

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 manifestaciones corresponden a la verdad material.

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.

HUELLA

Firma: Yale José

Nombre: Yale

Identificación: 25.464.442

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

Vigencia Estudio Social del Caso: 15/06/2020

Firma: Erika C.

Nombre: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

Identificación: CC: 1023948617

Tarj. Profesional: 313806013

Erika Carreño Trabajadora Social T.P. 313806013

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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 50669

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: CAPSE Santa Clara

Trabajador Social: ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS **Tarjeta Profesional:** 1073948617 **Fecha Estudio:** 14/12/2019

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

Identificación:	MS: VEN0002158	**Nombre:**	RAMOS GALINDEZ SAMANTHA CAROLOINE		
F. Nacimiento:	28/01/2015	**Dirección:**	CALLE 23 # 17 - 05		
Departamento:		**Localidad:**	LOS MARTIRES	**Barrio:**	SANTA FE
Estrato:	1	**Celular:**		**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:	AS: VEN21603285	**Nombre:**	RICARDI GALINDEZ	**Télefono:**	

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Se acerca al Hospital Santa Clara la señora RICARDI GALÍNDEZ solicitando la oferta de servicios de salud para la menor de edad SAMANTHA CAROLOINE RAMOS GALÍNDEZ del 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, 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 RICARDI GALÍNDEZ ingresa al hospital SANTA CLARA al servicio de urgencias solicitando valoración para el menor de edad SAMANTHA CAROLOINE RAMOS GALÍNDEZ por que actualmente presenta "BARRIGA INFLAMADA", por lo cual es atendido por el médico de turno quien la ingresa para valoración.

ANTECEDENTES FAMILIARES

menor de edad SAMANTHA CAROLOINE RAMOS GALÍNDEZ quien es procedente de Venezuela, proveniente de familia recompuesta (jefatura materna – hermanastras) siendo la 2 hija de 3 en linea primaria; con quien cuenta con relaciones estrechas y totalmente dependientes.

Progenitora quien refiere que dadas las condiciones socio-económicas de su país de origen se tuvo que trasladar hacia Colombia desde hace 3 años aproximadamente, aclarando que desde su ingreso se encuentra viviendo con su progenitora y hermana menor y aclarando que no cuentan con redes de apoyo familiares, sociales e institucionales en la cuidad de Bogotá.

Familiar quien de igual forma clara que los otros miembros familiares se tuvieron que quedar en su país de origen pero que dada la distancia ha intentado mantener relaciones cercanas con los mismos.

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO No. 50669

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

menor de edad SAMANTHA CAROLOINE RAMOS GALÍNDEZ quien se encuentra bajo la custodia de sus progenitora; quien refiere que en su país de or... (Venezuela) se encontraba unicamente estudiando (seguridad industrial), quien de igual forma aclara que dadas las condiciones socio-económicas de su p... origen se tuvieron que trasladar hacia Colombia desde hace 3 años aproximadamente.

progenitora quien refiere que desde su llegada a Colombia (Bogotá) no han logrado trabajar formalmente ya que se encuentran de manera irregular en el país; motivo por el cual actualmente depende económicamente de las labores que realiza la progenitora de manera informa (vendedora de arepas) lo cual le permite recolectar recursos de aproximadamente $35,000 diarios o por turno.

A su vez usuaria quien manifiesta que los pocos recursos que logra recolectar son utilizados para el cubrimiento de necesidades básicas (arriendo$600,000, alimentación, vestuario, servicios) y demás gastos diarios.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

menor de edad SAMANTHA CAROLOINE RAMOS GALÍNDEZ quien cuenta únicamente con red de apoyo familiar (progenitores- hermana menor) en la cuidad de Bogotá dado que sus otros miembros familiares se encuentran en su país de origen (Venezuela), igual forma aclara que no cuenta con redes de apoyo institucionales y/ comunitarias.

CONCEPTO SOCIAL

Menor de edad venezolana irregular a quien se orienta y se explica a progenitora sobre el decreto 866 de 2017. (afiliación a población extranjera) y sensibiliza sobre la importancia de acudir en el menor tiempo posible ante migración Colombia (calle 100 # 11 b-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 dia 14/12/2019 con subsidio del 100% teniendo en cuenta el decreto 2408 del 2018 y la circular 2019EE56905 del 26/06/2019.

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 manifestaciones corresponden a la verdad material.

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.



HUELLA

Firma: Ruranti Galindez

Nombre: Ruranti

Identificación: 21603285

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

Vigencia Estudio Social del Caso: 14/06/2020

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.

14/12/2019