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		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	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:	PS 0530 2019	C.D.P. No.:	80	Proceso al que pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Nombre del Contratista:	ALEIDA MARIBEL GÓMEZ ESPINOSA	C.C.	52.901.083	de:	BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2019-01-16	Fecha Terminación Inicial:	2019-07-15	Valor Mensual:	$ 3.088.800
Valor a cobrar:	$ 3.088.800				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.544.400	$ 406.800	8487809155
2	FEBRERO	$ 3.088.800	$ 406.800	8488976975
3	MARZO	$ 1.138.800	$ 406.800	8489676513
4	JULIO	$ 1.138.800	$ 352.900	8494150074
5	AGOSTO	$ 3.088.800	$ 393.100	8495403332
6	SEPTIEMBRE	$ 3.088.800	$ 407.400	8496566917
7	OCTUBRE	$ 3.088.800	$ 406.800	8497729836
8				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18.532.800	$ 18.532.800	$ 16.177.200	$ 2.355.600

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL 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 UNIDADES 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:** 01/10/2019 30/10/2019

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Orientación acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	Se realiza la orientación correspondiente acerca de los trámites administrativos para recibir atención en salud a los usuarios que se acercan al servicio
2	Ingreso en base de datos interna de pacientes en abandono social, y gestionar lo pertinente.	Se realiza la solicitud para asignación de cupo de uno de los usuarios y se gestiona lo correspondiente frente a documentos de identificación, acompañamientos y traslados.
3	Realizar censo hospitalario diario destinada 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 Atencion al Usuario y Calidad.	Se realiza censo hospitalario diariamente, con el propósito de identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; se registra en el formato establecido para dicha actividad y se reporta cada vez que sea necesario
4	Trámite de solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes.	Se realiza el trámite correspondiente (solicitud de datos, llamada y/o envio correo electrónico para autorización y No. De trámite, seguimiento con el provcedor)
5	Realizar el tramite para habitante de calle sin certificar	Se realiza la gestión correspondiente para la certificación de población habitante de calle, con el apoyo de Gloria Rozo de Secretaria de Integración Social
6	Realizar el tramite para pacientes indocumentados.	Se realiza envio de registro correspondiente y se envia a Registraduria, para los casos que requieran
7	Realizar la gestión de traslado e identificación de los pacientes fallecidos	Se realiza la gestión correspondiente, en el mes no se presentaron
8	Ingreso en el SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria	Se realiza el ingreso al aplicativo de orientaciones grupales y barreras individuales
9	Aplicación de encuestas de satisfacción en el servicio de Urgencias y consulta externa.	Se aplican encuestas correspondientes a Satisfacción de Usuario de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, de igual manera Deberes y Derechos
10	Elaboración de instrumentos provisionales.	Se realizan ESC, teniendo en cuenta la situación de cada uno de los usuarios para los que aplique
11	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 realiza la orientación y el seguimiento correspondiente a gestantes con dificultades administrativas
12	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud	Se apoya la realización de Taller Pedagogico en la USS mensualmente
13	Gestión, trámite y seguimiento de pacientes del programa crónicos no ventilados y en abandono social (Sede Perseverancia)	NA
14	Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato	Se participa en las reuniones programadas
15	Realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual.	Se realizan las acciones de tipo administrativo correspondientes
16	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, asi 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 informe mensual de actividades correspondientes al objeto del contrato y se presentan los soportes correspondientes
17	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual.	Se realizan las funciones asignadas y encomendadas por la oficina de atención al usuario y participación social en cada una de las USS Localidad Rafael Uribe Uribe

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

Firma del Contratista

C.C. 52.901.083 de BOGOTÁ

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52901083		GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 3A 1 70 ESTE BR LOURDES	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2899599	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-09	2019-09	8497729836	8497729836	I	2019/10/21	2019/10/21	BANCO BOGOTA	0	$406,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,235,000	$197,600			$1,235,000	$154,400			$1,235,000	$24,700			$1,235,000	$30,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,235,000	$197,600			$1,235,000	$154,400			$1,235,000	$24,700			$1,235,000	$30,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,235,000	$197,600			$1,235,000	$154,400			$1,235,000	$24,700			$1,235,000	$30,100		$0	$0
1	CC 52901083	GOMEZ ALEIDA	25-14	30	$1,235,000	$197,600	EPS010	30	$1,235,000	$154,400	CCF21	30	$1,235,000	$24,700	14-11	30	$1,235,000	$30,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,235,000	$197,600			$1,235,000	$154,400			$1,235,000	$24,700			$1,235,000	$30,100		$0	$0

Rdo Agosto
OK!

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52901083		GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 3A 1 70 ESTE BR LOURDES	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2899599	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Clave Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-09	2019-09	8497729836	8497729836	I	2019/10/21	2019/10/21	BANCO BOGOTA	0	$406,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$197,600	$0	$0	$197,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$197,600	$0	$0	$197,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,100	$0	$0	$30,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$30,100	$0	$0	$30,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,700	$0	$0	$24,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$24,700	$0	$0	$24,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$154,400	$0	$0	$154,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$154,400	$0	$0	$154,400
TOTAL				1	$406,800	$0	$0	$406,800

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 39352

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL CENTRO ORIENTE **NIT:** 8300776445

Punto de Atención: Cami Chircales

Trabajador Social: ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA **Tarjeta Profesional:** 52901083 **Fecha Estudio:** 06/10/2019

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

Identificación:	MS: VEN762731	**Nombre:**	CASTILLO QUIROGA VALERY JULIETH		
F. Nacimiento:	04/11/2017	**Dirección:**	CALLE 40 SUR 8 08		
Departamento:		**Localidad:**	RAFAEL URIBE URIBE	**Barrio:**	PUERTO RICO
Estrato:	1	**Celular:**	3195848624	**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: AS20892028	**Nombre:**	KILI ROSELIA CASTILLO QUIROGA	**Télefono:**	3195848624

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

MENOR DE EDAD, NACIONALIDAD VENEZOLANA QUIEN NO CUENTA PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA, NO POSEE AFILIACIÓN A SGSSS, SIN CAPACIDAD DE PAGO PARA ASUMIR LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN MEDICA POR PARTICULAR, SEGÚN LO REFERIDO POR PROGENITORA; SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO PARA DISMINUIR BARRERAS DE VULNERACIÓN, POR LAS CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES DESCRITAS; DE ACUERDO AL DECRETO 2353 ARTÍCULO 4, APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE BUENA FE, SE PRESUMIRÁ QUE SUS AFIRMACIONES Y MANIFESTACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL;CIRCULAR 023100 SEGÚN LO ESTABLECE EL DECRETO 2408 DE 2018 PARA LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN CONDICIÓN MIGRATORIA IRREGULAR ES DECIR EL EXTRANJERO QUE ESTE RESIDIENDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y NO CUENTE CON SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN LEGALIZADO PUEDE ACCEDER A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS, SE VALIDA EN BASES DE DATOS COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES Y DNP, NO SE EVIDENCIA REGISTRO.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

MENOR DE EDAD (1) AÑO Y 11 MESES QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS DE CHIRCALES, TRAÍDA POR PROGENITORA POR PRESENTAR FIEBRE, VOMITO Y TOS; NO CUENTAN CON DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN LEGALIZADOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ SE ENCUENTRAN HACE CUATRO MESES.

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE (32) MADRE (25) MENOR (7) Y MENOR (1), EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ SE ENCUENTRAN HACE CUATRO MESES APROXIMADAMENTE.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

PROVEEDOR DEL GRUPO FAMILIAR PADRE QUE REALIZA LABORES EN CONSTRUCCIÓN CON LOS INGRESOS QUE RECIBE CANCELAN ARRIENDO MENSUAL, SERVICIOS PÚBLICOS, ALIMENTACIÓN.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

NO SE EVIDENCIA NINGUNA

CONCEPTO SOCIAL

PACIENTE A QUIEN DESDE EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO VÁLIDO CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR SERVICIOS DE SALUD, ATENCIÓN INICIAL SERVICIO DE URGENCIAS; DISMINUYENDO DE ESTA MANERA BARRERAS DE ACCESO; DE ACUERDO AL DECRETO 2353 ARTÍCULO 4, APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE BUENA FE, SE PRESUMIRÁ QUE SUS AFIRMACIONES Y MANIFESTACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL; SE ORIENTA A PROGENITORA CON EL PROPÓSITO DE REGULARIZAR SITUACIÓN ANTE MIGRACIÓN COLOMBIA; FIRMA DECLARACIÓN JURAMENTADA LA MADRE DEL MENOR.

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: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

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

Vigencia Estudio Social del Caso: **06/04/2020**

Firma: _____

Nombre: ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA

Identificación: CC: 52901083

Tarj. Profesional: _____

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.

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: 05/10/2019 11:41:45 a. m. **N° FOLIO: 1277**

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 19335727 **IDENTIFICACION:** 19335727 **EDAD:** 64 Años \ 8 Meses \ 25 Dias

NOMBRE PACIENTE: PABLO IBAÑEZ MERCHAN **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/01/1955 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: RS206 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CARRERA 22 1 47 **TELEFONO:** 3127896880 **PROCEDENCIA:** LOC. KENNEDY

ANALISIS DE LA SITUACION NOTA TRABAJO SOCIAL OLAYA: EN EL SERVICIO INFORMAN QUE EL USUARIO ES TRASLADADO A UHMES SAN BLAS EL DÍA 04/10/2019 EN HORAS DE LA NOCHE, ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE POR FALTA DE ADHERENCIA EN TRATAMIENTO SE ADELANTÓ LO CORRESPONDIENTE CON ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA SUBRED PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN EL HOGAR DONDE SE ESTA QUEDANDO DON PABLO, SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACIÓN DE TRABAJO SOCIAL PARA SABER SI EL HOGAR CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS, PARA PRESTAR ESTE SERVICIO.

PLAN DE TRABAJO CASA HOGAR REMAR UBICADO EN LA CARRERA 25 1 D 26 BARRIO SANTA ISABEL/ TELEFONOS: 8059360 -8059386 PERSONA ENCARGADA: SEÑOR GUILLERMO SAENZ; LA FORMULA DE LOS MEDICAMENTOS GENERADOS POR MEDICO INTERNISTA EL PASADO 24/09/2019, SE ENCUENTRA EN PROCESO DE AUTORIZACIÓN Y ENTREGA POR COLABORADORA DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	31/12/2016	EPOC
Alérgicos	31/12/2016	NIEGA
Traumáticos	16/01/2017	FRACTURA DE ANTEBRAZO IZQ AHCE +/- 20 AÑOS. REQUIRIO OSTEOSINTESIS
Médicos	16/01/2017	EPOC, CARIOPATIA ISQUEMICA EN MANJO CON SALKBURTAMOL IPRATROPIO, ASA, METOPROLOL . LOSARTAN LOVASTATINA
Alérgicos	16/01/2017	NOE CONOCIDOS.
Familiares	16/01/2017	NEGATIVOS
Farmacológicos	15/03/2017	Inhaloterapia.
Médicos	15/04/2017	EPOC NO O2 REQUIRIENTE - "2 PREINFARTOS HACE 14 AÑOS" - FUMADOR 3 CIGARROS / DIA(ANTES PAQUETE Y MEDIO)
Quirúrgicos	15/04/2017	"Fx BRAZO IZQUIERDO x QUE ME COGIO UN CARRO" / "CATETERSIMO CON STEN"
Farmacológicos	15/04/2017	3 INHALADORES - METOPROLOL - LOVASTATINA - ASA - LOSARTAN -
Inmunológicos	15/04/2017	NO REGISTRA
Farmacológicos	26/04/2017	LOVASTATINA 40 MG NOCHE, METOPROLOL 50 MG CADA 12 HORAS, ASA 100 MG DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS, SALBUTAMOL, B OPRATORPIO, BECLOMETASONA INH
Quirúrgicos	26/04/2017	OSTEOSINTESIS ANTEBRAZO IZQUIERDO, CATETERISMO #2 2003+ STENT #2
Alérgicos	26/04/2017	Nieha.,
Otros	18/05/2017	SIN CAMBIOS
Transfusionales	03/07/2017	
Médicos	06/08/2017	DIABETES MELLITUS NO INSULINOREQUIRIENTE -METFORMINA 850 1-1-1
Otros	05/09/2017	SIN NOVEDADADES
Inmunológicos	26/09/2017	NO REGISTRA
Inmunológicos	26/09/2017	NIEGA
Quirúrgicos	30/10/2017	CATETERISMO EN 2003 MAS STENT# 2, OSTEOSISTESIS ANTEABRAZO IZQUEIRDO
Inmunológicos	09/11/2017	NIEGA
Médicos	01/12/2017	HTA+ DMID + EPOC + ENFERMEDAD CORONARIA
Alérgicos	01/12/2017	NIEGA
Transfusionales	03/12/2017	NIEGA
Médicos	03/12/2017	CATETERISMO CARDIACO
Inmunológicos	04/12/2017	NIEGA
Médicos	04/12/2017	HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINO REQUIERENTE, EPOC NO OXIGENO REQUIERENTE, CARCIOPATIA ISQUEMICA IAM 27/11/17 REQUIERIO ANGIOPLASTIA Y COLOCACION DE STENT EN ADA. CATETERISMO EL 28/11/17 CON COMPROMISO DE ADA, ACX Y ACD.

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

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 10040557 **FECHA DE INGRESO:** 27/09/2019 4:53:28 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: SOLO SOLO **DIRECCION RESPONSABLE:** CARRERA 22 1 47 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3127896880
AREA DE SERVICIO: 5OLU01 - OLAYA URGENCIAS CONSULTA URGENCIAS ADULTOS **CENTRO ATENCIÓN:** 4SM - CAPS SAMPER MENDOZA **FECHA HC:** 05/10/2019 11:06:13 a. m.

Sustancias: Medida Sustancias: Tiempo Sustancias:

Planifica: ■

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

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción	Principal
		■

GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL
Trabajadora_Social
52901083

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