| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | MACROPROCESO | ESTRATEGICO | 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: | $ 3.187.008 |
| Valor a cobrar: | $ 3.187.008 | | | | |

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

| 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 | NOVIEMBRE | $ 3.088.800 | $ 407.900 | 8498759134 |
| 9 | DICIEMBRE | $ 3.187.008 | $ 421.600 | 9400826987 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 18.532.800 | $ 24.906.816 | $ 22.453.008 | $ 2.453.808 |

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

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONÓMA, 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:** 01/12/2019 31/12/2019

| | 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 | 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 tramite, seguimiento con el proveedor) |
| 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 | 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, 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 | 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 | |

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 52901083 | | GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DG 3A # 1B - 70 ESTE | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2899599 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2019-11 | 2019-11 | 9400826987 | 9400826987 | I | 2019/12/19 | 2019/12/13 | BANCO BOGOTA | 0 | $421,600 |

**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)** | | | | | | $1,280,000 | $204,800 | | | $1,280,000 | $160,000 | | | $1,280,000 | $25,600 | | | $1,280,000 | $31,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $1,280,000 | $204,800 | | | $1,280,000 | $160,000 | | | $1,280,000 | $25,600 | | | $1,280,000 | $31,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,280,000 | $204,800 | | | $1,280,000 | $160,000 | | | $1,280,000 | $25,600 | | | $1,280,000 | $31,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52901083 | GOMEZ ALEIDA | 25-14 | 30 | $1,280,000 | $204,800 | EPS010 | 30 | $1,280,000 | $160,000 | CCF21 | 30 | $1,280,000 | $25,600 | 14-7 | 30 | $1,280,000 | $31,200 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | $1,280,000 | $204,800 | | | $1,280,000 | $160,000 | | | $1,280,000 | $25,600 | | | $1,280,000 | $31,200 | | $0 | $0 |

Rdo Oct. ok!

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 52901083 | | GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DG 3A # 1B - 70 ESTE | 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 |
| 2019-11 | 2019-11 | 9400826987 | 9400826987 | I | 2019/12/19 | 2019/12/13 | BANCO BOGOTA | 0 | $421,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $204,800 | $0 | $0 | $204,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $204,800 | $0 | $0 | $204,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,200 | $0 | $0 | $31,200 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $31,200 | $0 | $0 | $31,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $25,600 | $0 | $0 | $25,600 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 1 | $25,600 | $0 | $0 | $25,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$421,600** | **$0** | **$0** | **$421,600** |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

# ESTUDIO SOCIAL DEL CASO



**No. 51779**

## 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:** | 22/12/2019 |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: | AS: VEN20673214 | **Nombre:** | MONJES RICO KEVIN WILLIAMS | | |
| F. Nacimiento: | 16/07/1993 | **Dirección:** | NO LA SABE | | |
| Departamento: | | **Localidad:** | RAFAEL URIBE URIBE | **Barrio:** | ZORAZOTA |
| Estrato: | 1 | **Celular:** | 3124990175 | **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: | | **Nombre:** | | **Télefono:** | |

## DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

URGENCIA DE MIGRANTE IRREGULAR PAÍS FRONTERIZO, PACIENTE DE NACIONALIDAD VENEZOLANA QUIEN NO CUENTA PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA, NO POSEE AFILIACION A SGSSS, SIN CAPACIDAD DE PAGO PARA ASUMIR LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN MEDICA POR PARTICULAR; NO TIENE SUBSIDIO EN SALUD EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 32 DE LA LEY 1438 DE 2011, NO CUENTA CON SEGURO QUE CUBRA EL COSTO DEL SERVICIO; SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL PROPÓSITO DE DISMINUIR BARRERAS DE VULNERACIÓN; SEGÚN CIRCULAR 023100, LO ESTABLECE EL DECRETO 2408 DE 2018 PARA LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN CONDICIÓN MIGRATORIA IRREGULAR, RESIDENTE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y NO CUENTE CON SU DOCUMENTO LEGALIZADO PUEDE ACCEDER A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS; AL VALIDAR EN BASES DE DATOS COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES Y DNP, NO REGISTRA INFORMACIÓN

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

USUARIO (26) AÑOS, NATURAL DE MIRANDA - VENEZUELA, NO CUENTA CON PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ SE ENCUENTRA HACE CUATRO (4) MESES APROXIMADAMENTE; INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS DE CAPS CHIRCALES POR PRESENTAR HERIDA CON ARMA CORTOPUZANTE

## ANTECEDENTES FAMILIARES

EL USUARIO SE ENCUENTRA SOLO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ CON SU NOVIA, NO SE CUENTA CON INFORMACIÓN DE PADRES.

**ESTUDIO SOCIAL DEL CASO No.** 51779 

**ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES**

EL USUARIO REALIZA ACTIVIDADES COMO INDEPENDIENTE PARA CUBRIR NECESIDADES BÁSICAS COMO ALIMENTACIÓN, ARRIENDO Y GASTOS BASICOS.

**REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES**

NO SE IDENTIFICA NINGUNA

**CONCEPTO SOCIAL**

DE ACUERDO AL DECRETO 2353 ARTÍCULO 4, APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE BUENA FE, SE PRESUMIRÁ QUE LAS AFIRMACIONES Y MANIFESTACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL; SE DILIGENCIA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR ATENCIÓN INICIAL SERVICIO DE URGENCIAS; SE ORIENTA CON EL PROPÓSITO DE FORMALIZAR SU SITUACIÓN MIGRATORIA IRREGULAR EN EL TERRITORIO COLOMBIANO ANTE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE MIGRACIÓN COLOMBIA Y DE ESTA MANERA SOLICITAR ENCUESTA DE SISBEN A VIE EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, UNA VEZ CUENTE CON EL PUNTAJE OBTENIDO REALIZAR VINCULACIÓN A RÉGIMEN DE SALUD SEGÚN CORRESPONDA.

**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.

**Firma:** _____

**Nombre:** _____

**Identificación:** _____

HUELLA

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

**Vigencia Estudio Social del Caso:** 22/06/2020

Aleida Maribel Gómez Espinosa
Trabajadora Social
TP 1828552137

**Firma:** _____

**Nombre:** ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA

**Identificación:** CC: 52901083

**Tarj. Profesional:** 1828552137

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.

23/12/2019

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

# ESTUDIO SOCIAL DEL CASO



No. 51701

## DATOS SUBRED - USS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Red de Atención: | SUBRED CENTRO ORIENTE | **Nombre USS:** | HOSPITAL CENTRO ORIENTE | **NIT:** | 8300776445 |
| Punto de Atención: | CAPSI Diana Turbay | | | | |
| Trabajador Social: | ALVIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA | **Tarjeta Profesional:** | 52901083 | **Fecha Estudio:** | 21/12/2019 |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación: | PAS VEN 5062624 | **Nombre:** | PRIETO CHAPARRO YUSBELY LILIANETH | | |
| F. Nacimiento: | 14/10/1986 | **Dirección:** | CALLE 32 SUR 4 37 | | |
| Departamento: | | **Localidad:** | RAFAEL URIBE URIBE | **Barrio:** | LA PAZ |
| Estrato: | 2 | **Celular:** | | **Teléfono:** | |
| Email: | | **Nacionalidad:** | VENEZUELA | **Etnia:** | Ninguno de los anteriores |
| Estado Civil: | Unión marital de hecho | **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

URGENCIA DE MIGRANTE IRREGULAR PAÍS FRONTERIZO, PACIENTE DE 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; NO TIENE SUBSIDIO EN SALUD EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 32 DE LA LEY 1438 DE 2011, NO CUENTA CON SEGURO QUE CUBRA EL COSTO DEL SERVICIO; SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL PROPÓSITO DE DISMINUIR BARRERAS DE VULNERACIÓN; SEGÚN CIRCULAR 023100, LO ESTABLECE EL DECRETO 2408 DE 2018 PARA LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN CONDICIÓN MIGRATORIA IRREGULAR, RESIDENTE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y NO CUENTE CON SU DOCUMENTO REGULARIZADO PUEDE ACCEDER A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS; NO SE EVIDENCIA REGISTRO EN BASES DE DATOS COMPROBADOR DE DERECHOS ADRES Y DNP.

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

PACIENTE MIGRANTE IRREGULAR SOLICITA URGENCIAS DE CAPS DIANA TURBAY, POR PRESENTAR HERIDA EN BRAZO; NO CUENTA CON PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA, SE ENCUENTRA EN LA CIUDAD DE BOGOTA LLEVA UN (1) MES.

## OTRAS CONSIDERACIONES

NO SE TIENE INFORMACIÓN DE PADRES

Scanned by CamScanner

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO No. 51701



**ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES**

EL PROVEEDOR DEL HOGAR ES EL COMPAÑERO QUE REALIZA LABORES COMO BARBERO; CON LOS INGRESOS QUE RECIBE CANCELA ARRIENDO MENSUAL, SERVICIOS PÚBLICOS, ALIMENTACIÓN Y GASTOS PERSONALES

**REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES**

NO SE EVIDENCIA NINGUNA

**CONCEPTO SOCIAL**

DE ACUERDO AL DECRETO 2353 ARTÍCULO 4, APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE BUENA FE, SE PRESUMIRÁ QUE LAS AFIRMACIONES Y MANIFESTACIONES CORRESPONDEN A LA VERDAD MATERIAL; SE DILIGENCIA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR ATENCIÓN INICIAL SERVICIO DE URGENCIAS; SE ORIENTA CON EL PROPÓSITO DE FORMALIZAR SU SITUACIÓN MIGRATORIA IRREGULAR EN TERRITORIO COLOMBIANO ANTE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE MIGRACIÓN COLOMBIA Y DE ESTA MANERA SOLICITAR ENCUESTA DE SISBEN ANTE EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, UNA VEZ CUENTE CON EL PUNTAJE OBTENIDO REALIZAR VINCULACIÓN A RÉGIMEN DE SALUD SEGÚN CORRESPONDA.

**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:** 21/06/2020

Alicia Maribel Gómez Espinosa
Trabajadora Social

Firma: _____

Nombre: ALICIA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA

Identificación: CC 52901083

Tarj. Profesional: [illegible]

EL PROFESIONAL RESPONSABLE MEDIANTE ESTE ESTUDIO SOCIAL DE CASO CONSTATA LA NO CAPACIDAD DE PAGO DEL USUARIO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS QUE REQUIERA [illegible] ESTACIÓN DE SERVICIOS Y UNIDADES DE PRESTACIÓN SE DETERMINEN EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS [illegible] ESTE DOCUMENTO ES VALIDO SOLO [illegible] SERVICIO, Y LAS INSTITUCIONES QUE [illegible] ACIÓN, O SEGÚN LO DESCRITO EN EL SEGUIMIENTO DEL CASO.



Scanned by CamScanner