Secretaría Distrital 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: BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-01-16	Fecha Terminación Inicial:	2019-07-15
Valor Mensual:	$ 3.187.008	Valor a cobrar:	$ 1.593.504

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				
10				

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
10	ENERO (1-15)	$ 1.593.504	$ 421.600	9401953796

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 18.532.800	$ 24.906.816	$ 24.046.512	$ 860.304

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 DEMAS 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: 01/01/2020 15/01/2020

	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 Atención 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 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	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, 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 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 BOGOTA

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	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	9401953796	9401953796	I	2020/01/22	2020/01/22	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**



2020/01/22 01:44 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 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
2019-12	2019-12	9401953796	9401953796	I	2020/01/22	2020/01/22	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	Días	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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 54375

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Hospital Jorge Eliecer Gaitan

Trabajador Social: ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA **Tarjeta Profesional:** 52901083 **Fecha Estudio:** 11/01/2020

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

Identificación:	AS: VEN17170779	**Nombre:**	VIVAS TEJEDA ZOILA ALSESMIR		
F. Nacimiento:	07/11/1985	**Dirección:**	CALLE 10 B ESTE 2 41		
Departamento:		**Localidad:**	SANTA FE	**Barrio:**	LOS LACHES
Estrato:	1	**Celular:**	3208934173	**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

MIGRANTE VENEZOLANA (34) AÑOS, 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; QUE LA PERSONA QUE RECIBE LA ATENCIÓN NO TENGA SUBSIDIO EN SALUD EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 32 DE LA LEY 1438 DE 2011; NO CUENTA CON UN SEGURO QUE CUBRA EL COSTO DEL SERVICIO; 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 INFORMACIÓN EN BASES DE DATOS Y NO SE EVIDENCIA REGISTRO EN COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES Y DNP.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

USUARIA QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UMHES JORGE ELIECER GAITAN, PRESENTA CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA; NO CUENTA CON ASEGURAMIENTO EN SALUD, NI PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ SE ENCUENTRA HACE APROXIMADAMENTE UN (1) AÑO, MIGRA POR LA SITUACIÓN SOCIOPOLÍTICA DE SU PAÍS.

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA UNIPERSONAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, COMPARTE HABITACIÓN CON UNA AMIGA , PADRE (54) MADRE (51) Y DOS HERMANOS MENORES SE ENCUENTRAN EN VENEZUELA, REFIERE QUE UNO DE SUS HERMANOS ESTA DE VACACIONES EN VENEZUELA Y REGRESARA A COLOMBIA

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

LA USUARIA REALIZA LABORES EN UN BILLAR, CON LOS INGRESOS COMPARTE GASTOS DE ARRIENDO, ALIMENTACIÓN Y SERVICIOS PÚBLICOS CON SU AMIGA.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

RED SOCIAL AMIGA

CONCEPTO SOCIAL

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 MATERIA; SE REALIZA ORIENTACIÓN FRENTE AL PROCESO DE LEGALIZACIÓN DE DOCUMENTO EN EL PAÍS Y PROCESO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.

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: 11/07/2020

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: 12/01/2020 09:19:48 a.m. Nº FOLIO: 504

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 11001NN000010993 **IDENTIFICACION:** 11001NN000010993 **EDAD:** 54 Años \ 0 Meses \ 24 Días

NOMBRE PACIENTE: PEDRO ANTONIO SALAS MENDOZA **FECHA DE NACIMIENTO:** 31/12/1965 12:00:00 a.m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** INSTRUMENTO PROV. (VINCULADO)
ENTIDAD: FFD001 **TIPO DE REGIMEN:** Vinculado
DIRECCION: 0 **TELEFONO:** 0 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

ANALISIS DE LA SITUACION TRABAJADORA SOCIAL REALIZÓ DESPLAZAMIENTO CON EL USUARIO EL PASADO 07/01/2020 A LA REGISTRADURIA DE MARTIRES CON EL PROPÓSITO DE ADELANTAR EL TRÁMITE CORRESPONIDENTE PARA ADELANTAR LOS TRÁMITES DE REGISTRO CIVIL Y CEDULACIÓN; EL DÍA 09/01/2020 SE HACE ENTREGA DE FOTOGRAFÍA, FUNCIONARIO DE LA REGISTRADURIA DE MARTIRES, MENCIONA QUE EL PROCESO SE PUEDE TOMAR MINIMO TRES MESES.

PLAN DE TRABAJO SEGUIMIENTO TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	26/08/2019	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA. EPOC. NEUMOPATÍA POR BAZUCO.
Quirúrgicos	26/08/2019	NO REFIERE.
Alérgicos	26/08/2019	NO REFIERE.
Farmacológicos	26/08/2019	NO REFIERE.
Traumáticos	26/08/2019	NO REFIERE.
Familiares	26/08/2019	NO REFIERE.
Tóxicos	26/08/2019	Ninguno CONSUMIDOR DE PEGANTE, BASUCO, CIGARRILLO DURANTE 40 AÑOS A DIARIO. CONSUMIDOR DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS 1-2 VCES/SEMANA HASTA LA EMBRIAGUEZ DURANTE 35 AÑOS.

Fumador:	Medida Fumador:	Tiempo Fumador:	Medida Exfumador:	Tiempo Exfumador:
Fumadores en Casa:	Exposición al humo:	Tiempo exposición:	Medida Exposición:	Mascotas en casa:
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