Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

180

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
BLANCA LILIANA CRUZ PINZON						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.051.316.130**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2861 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.952.128**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**20/03/2024**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 18.857.600**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.912.320**	
N° DE INFORME:	**10**	**N° CRP:**	**14094**	**N° CDP:**	**317**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**NUEVE MESES (9) Y DIES DIAS (10)**					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**5**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**5**	**PRORROGAS**	**5**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.868.480**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22317**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.656.000**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25258**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.009.280**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29272**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.912.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32540**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.459.392**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36661**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realice Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II
2	Registre Ingresos de los pacientes que contaban con programacion de Cirugias ambulatorias
3	verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresdaos
4	Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice actualizacion periodica del paciente durante la estancia en la institucion
5	Realice reporte a Trabajo Social , desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
6	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados
7	Realice el Censo y seguimiento de pacientes que se encuentra en el servicio, esto con el fin de tener identificado el 100% de los pacientes que se encuentran en los servicios diariamente y realice reporte de estancia y procedimientos
8	Realice Gestion de autorizaciones según los Establecido en la Resolucion 3047_2008 o con los mecanismos dado por cada EAPB desde la Urgencia, Estancia y procedimientos según el servicio en dode se encuentre Ubicado
9	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solcitados

10	Subi los soportes de la Gestion de autorizacion en el Sistema de Informacion Dinamica Gerencial (Urgencia , Estancias y procedimientos)
11	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente
12	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales
13	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474089950	OPERADOR:	APORTE EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	16/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	16/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/10/2024	$ 31.700
OTRO	0		
TOTAL PAGADO			$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

LILIANA CRUZ R.

BLANCA LILIANA CRUZ PINZON
CC 1051316130
CEL 3205644367

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA LILIANA CRUZ PINZON	CC: RUT (NIT):	1051316130
CORREO ELECTRÓNICO:	lilianacruz20813@gmail.com	TELÉFONO:	3205644367
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57A SUR 93C 51	CIUDAD:	EL ESPINO
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		( )	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y			
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación		SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570008480173398

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2861 2024	Nº CDP:	2598	Nº. RP:	36661	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE MESES (9) Y DIEZ DIAS (10)
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		20/03/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 18.857.600,00
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.912.320					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS					

LILIANA CRUZ P.

BLANCA LILIANA CRUZ PINZON
CC: 1051316130
TELÉFONO: 3205644367

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051316130		CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 57 A SUR No 93 C-51 INT 8 CAS 8	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7147912	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	984245104	9474089950	I	2024/10/08	2024/10/16	NEQUI	8	$404,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
TOTAL				1	$402,200	$2,400	$0	$404,600

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 1051316130		CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 57 A SUR No 93 C-51 INT 8 CAS 8	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7147912	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	984245104	9474089950	I	2024/10/08	2024/10/16	NEQUI	8	$404,600

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1051316130	CRUZ BLANCA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**BLANCA LILIANA CRUZ PINZON**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.051.316.130**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2861 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.952.128**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 18.857.600**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.912.320,00**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**10**	**N° CRP INICIAL:**	**14094**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**NUEVE MESES (9) Y DIES DIAS (10)**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9474089950**		**OPERADOR:**	**APORTE EN LINEA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (5)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			**ADICION (5)**	**PRORROGA (5)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.868.480,00**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**22317**	**TIEMPO PRORROGADO:** **UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.656.000,00**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**25258**	**TIEMPO PRORROGADO:** **UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.009.280,00**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**29272**	**TIEMPO PRORROGADO:** **UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.912.320,00**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**32540**	**TIEMPO PRORROGADO:** **UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.459.392,00**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36661**	**TIEMPO PRORROGADO:** **TRES MESES (3)**

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	-	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		-	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		**XX**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	**¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?**	**X**	
2	**¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?**	**X**	
3	**¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?**	**X**	
4	**¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?**	**X**	
5	**¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?**	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 15**
	YENI ROCIO AVILA RONDON **LIDER DE AUTORIZACIONES**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
15-10-2024	REPORTE DE INCOSISTENCIA DEL SERVICO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	08:00	08:30

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
AUTORIZACIONES	NIDIA MILENA AGUILERA

1. Objetivo de la reunión:

Retroalimenta colaboradores fallas en el proceso

2. Temas a tratar:

NA

3. Desarrollo (Continuación):

Se inicio reunión con colaboradores Yeison García Quintero y Liliana Cruz, con el fin de socializar los casos de pacientes que estuvieron en la Unidad de Salud Mental y que no se realizo la gestión de autorizaciones oportunas lo que causara a futuro GLOSAS por no contar con AUTORIZACION

A continuación, se relacionan los casos

- Paciente MARIA DE LOS ANGELES GOMEZ GELVES con CC 1093921063 activo en la EPS COMFAORIENTE ingresa a la unidad santa clara el día 26 de agosto de 2024 se realiza solicitud de estancia a partir de ese día,
- Se realiza seguimiento al ingreso 17383153 encontrando las siguientes regularidades:

Los días 31 de agosto 1.2 septiembre. -Se debieron reportar ´por el colaborador Yeison García, lo cual reporto con código CUPS errado la EPS COMFAROEIENTE responde ME PERMITO INFORMAR QUE EL SERVICIO SE DEBE CARGAR CON EL CODIGO 131M02-No se realiza seguimiento

Los días 3.4.5 septiembre. Se debieron reportar ´por el colaborador Yeison García, lo cual reporto con código CUPS errado la EPS COMFAROEIENTE responde ME PERMITO INFORMAR QUE EL SERVICIO SE DEBE CARGAR CON EL CODIGO 131M02-No se realiza seguimiento

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
15-10-2024	REPORTE DE INCOSISTENCIA DEL SERVICO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	08:00	08:30

3. Desarrollo (Continuación):

Los días 6.7.8 - septiembre. Se debieron reportar ´por el colaborador Yeison García, lo cual reporto con código CUPS errado la EPS COMFAROEIENTE responde ME PERMITO INFORMAR QUE EL SERVICIO SE DEBE CARGAR CON EL CODIGO 131M02-No se realiza seguimiento

Por lo anterior a EPS COMFAORIENTE (ME PERMITO INFORMAR QUE EL SERVICIO SE DEBE CARGAR CON EL CODIGO 131M02 donde dan respuesta a los radicados 175919-175924-175105-175110-174264-173743) de tal forma que dichas solicitudes no generan autorización.

- los días 16,17 de septiembre y 7,8,12 de octubre no se realiza solicitud de estancia en salud mental a cargo del autorizador Jeison García por tal motivo no cuenta con autorización.
- los días 24,25,30 de septiembre y 1,2 de octubre no se realiza solicitud de estancia en salud mental a cargo del autorizador Liliana cruz por tal motivo no cuenta con autorización

Por lo anterior se recuerda a los colaboradores que incurrieron en el incumplimiento de actividades; adicional a esto es de conocimiento de ellos que en la Intranet se tiene publicada el DIRECTORIO DE EAPB donde se tiene los mecanismos y tiempos en los cuales se debe reportar las diferentes solicitudes de autorizaciones des la Urgencia, Estancias y procedimientos

En el caso de la EPS COMFAORIENTE se debe Solicitar internación cada 03 días adelantado y procedimientos //hacer seguimiento al radicado generado si autorizan o niegan servicio // para que generen autorización física se debe realizar egreso por cada solicitud"

Adicional por parte de las técnicas se les retroalimenta de las fallas del proceso ya pesar de esto siguieron cometiendo el error

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
15-10-2024	REPORTE DE INCOSISTENCIA DEL SERVICO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	08:00	08:30

3. Desarrollo (Continuación):
Por esto se genera Acta DE REPONSOBILIDAD COMPARTIDAD YA QUE Yeison y Liliana son los autorizadores responsables del seguimiento y consecución del total de las autorizaciones de los pacientes que están en el censo de SALUD MENTAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
15/10/24 16/10/24	REPORTE DE INCONSISTENCIAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	8:00	8:30

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Teisso David García Quintero	Autorizador	San Blas.	quinteros@gmail.com	
Jeleana Cruz P.	Autorizador	San Blas	-	
Helena Aguilera	Tecnologo	San Blas	helenaguilera3@gmail.c	
Yeni Paola Ariza.	Referente Autorizac	San Blas	autorizaciones@subredes	
Julia				