SOPORTE INFORME DE ACTIVIDADES NOVIEMBRE DE 2024

ANEXO 3.1.1

GESTION

FECHA: 02-11-2024 AL 30-11-2024

TEMA: orientación en trámites de aseguramiento, portabilidad, y traslado de otro ente territorial a las diferentes EAPB del distrito a los ciudadanos reportados por las diferentes unidades de servicio de salud de la red pública y privada.

AVANCE:

Se realiza visita a la unidad de servicios de salud en las diferentes unidades de servicios de salud simón Bolívar, hospital de Kennedy, suba, hospital san Ignacio, san Blas, hospital de Engativá, santa clara, trinidad galán, hospital la victoria, np medical sede Fontibón, clínica Colsubsidio roma, Fundación Hospital Infantil Universitario de San José, chapi

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE INFORMACIÓN DE CARACTERIZACIÓN AL REGIMEN SUBSIDIADO A POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

CODIGO: NO CONTROLADO
VERSION:
FECHA:
PAGINAS: 1 de 2

1 - DATOS DE UBICACION DE VISITA

Fecha:	Subred Integrada de Salud:	Nombre de unidad medica:	Clinica particular:	(x) HOSPITALARIO ( ) TERRITORIO ( ) SERVICIO DE ATENCION
18/11/2024	Centro Oriente	Sons bian		

Solicitante:	Cargo:	Estrategia de abordaje territorial:	Centro de atención:	Localidad:	Barrio:
Alexandra Cervantes	Trabajo Social				

2 - INFORMACION PERSONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rojas		Vitelio	

LUGAR DE NACIMIENTO			NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			
PAIS	CIUDAD	DEPARTAMENTO		Dia	Mes	Año	EDAD
Colombia	Caqueza	Huila					

SEXO	Género con el cual se identifica			Orientacion Sexual			Gestante		Tiempo de gestación
Hombre (X)	(X) Masculino	( ) Femenino	( ) No aplica	( ) Lesbiana	(X) Heterosexual	( ) Gay	( ) SI	( ) No	
Mujer ( )	( ) Transgénero	( ) No informa		( ) Bisexual	( ) No informa				
Intersexual ( )									

3 - CARACTERISTICAS POBLACIONALES

En condicion de discapacidad		Tipo de discapacidad						Otra cual:	
SI ( )	No (X)		Fisica ( )	Mental ( )	Auditiva ( )	Alteración del desarrollo ( )			
			Cognitiva ( )	Multideficit ( )	Visual ( )	Sordo ceguera ( )			
GRUPO ETNICO	( ) Indigena	( ) Palanquero de san basilio	( ) Raizal del archipielago sanandres y providencia		GRUPO INDIGENA	( ) Muiscas	( ) Embera	Otro cual?	
	( ) Rom (Gitano)	( ) Negro mulato	( ) Ninguna de las anteriores			( ) Pijao	( ) Wayuu		

4 - INFORMACION DE CARACTERIZACION

HABITABILIDAD EN CALLE		REPORTE DE ADRES	REPORTE COMPROBADOR DE DERECHOS	AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL		Cual eps ?
Edad de inicio	Tiempo de habitabilidad en calle					
50 años	25 años	Activo Capital Salud Subsidiado	Activo Capital Salud Sin encuesta Sisben	(X) SI	( ) No	Capital Salud

5 - REDES DE APOYO

Tipo de Red			Si es familiar, Indique parentesco	Nombre del familiar:	Numero telefonico del familiar:
	( ) Familiar	( ) Institucional			
	( ) Comunitaria	( ) Ninguna	Amigo	Harvel Hurtado	3012315712.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE INFORMACIÓN DE CARACTERIZACIÓN AL REGIMEN SUBSIDIADO A POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

CODIGO: NO CONTROLADO
VERSION:
FECHA:
PAGINAS: 2 de 2

6 -OBSERVACIONES O CONCLUSIONES

Ciudadano ubicado en el Servicio de Medicina Interna, consiente orientado refiere es habitante de calle hace 25 años. No consumidor de sustancias psicoactivas, sin red de apoyo familiar, refiere asiste a los Bosques Tropicales de Vitelio. Se evidencia herida quirurgica en abdomen, sonda vesical y drenaje. Se le explica tramite a realizar certificacion como poblacion especial habitante de calle el cual entiende y acepta evaluacion de diagnostico de Hipertrofia de la prostata.

Una vez me han leido la descripción de mi problemática, certifico que la información suministrada es verdadera y me comprometo a informar oportunamente cualquier novedad y, en consecuencia cualquier inconsistencia en los datos suministrados, daré lugar a las actuaciones jurídicas pertinentes. Autorizo a la SDIS para que verifique, en cualquier momento, toda la información suministrada mediante los medios conducentes.

7 - INFORMACION DE LA CIUDADANA O CIUDADANO		8 - INFORMACION DE QUIEN DILIGENCIA	
NOMBRES Y APELLIDOS	Vitelio Rojas	NOMBRES Y APELLIDOS	Brenda Zuniga Morales.
FIRMA		CARGO	Auxiliar Enfermeria
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FIRMA	Brenda Zuniga Morales
HUELLA (Tomar aviendo la o si persona/o manifiesta no saber firmar o no puede hacerlo)			