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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3641 2020	**C.D.P. No.:**	295	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)
Nombre del Contratista:	JOHANNA ALEXANDRA LESMES SIERRA			**C.C.**	1.024.461.144 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-02-06	**Fecha Terminación inicial:**	2020-02-26	**Valor Mensual:**	$ 3.187.008 **Valor a cobrar:** $ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.187.008	561	2020-02-06	2020-03-26
2	$ 3.187.008	759	2020-03-26	2020-04-26
3	$ 6.374.016	1091	2020-04-27	2020-06-26
4				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.768.512	$406.300	
2	MARZO	$ 2.993.856	$ 406.300	1027150585
3	ABRIL	$ 2.993.856	$ 406.300	1028165007
4	MAYO	$ 3.282.642	$ 406.300	1028965606

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.337.139	$ 15.085.171	$ 12.038.866	$ 3.046.305

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE TRABAJADOR SOCIAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE APOYO AL AREA ASISTENCIAL Y DEMAS ASIGNADAS EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 2019, EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, DESDE LAS UNIDADES DE SERVICIOS EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar la orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud	Se realizó asesorias en aseguramiento a usuarios. _ Se gestionó la atención de pacientes en sedes de mediana y alta complejidad	Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a el DRIVE CORRESPONDIENTE
2	2. Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Se realiza actualización de la base de datos (drive) y nota en hisotira clinica con las gestiones realizadas	Drive, comprobador de derechos de SDS, historia clinica
3	3. Realizar seguimiento a censo hospitalario diario destinado 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 Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano	Se realiza censo hospitalario en la unidad correspondiente según la programación de turnos	Historia clinica, Estudio social de caso
4	4. Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Centro Oriente E.S.E	Se realiza tramites de oxigeno domiciliario a pacientes en abandono social que no cuenten con red de apoyo familiar o comunitaria	Correo electronico a las EPS, Historia clinica
5	5. Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificacion de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se realizan los reportes respectivos de los pacientes identificados como habitantes de calle al correo designado para programar visita de certificación.	Correo electronico fiscalia, migracion colombia, secretaria de integracion social, Historia clinica
6	6. Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.	Semanalmente se realizó seguimiento a los productos y actividades realizadas por las personas de la oficina de atención al usuario	Plataforma SIDMA
7	7. Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Las atenciones realizadas a la población gestante fueron amables y resolutiva	Estudio social de caso, ficha Sivim
8	8. Asistir tecnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfeción asignadas al proceso.	Se realiza de manera mensual la aplicación, seguimiento y verificación del muestreo de encuestas de satisfacción correspondiente al CAPS CIRCALES	Encuestas de satisfaccion , plataforma SIDMA,
9	9. Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaria de Integración Social y/o pacientes que reciben este tipo de población.	Se realiza reporte a Secretaria de Integración Social de los pacientes en abandono para visita de validación de criterios de ingreso a hogares, asi mismo se gestiona con entidades sin animo de lucro posibilidad de ubicación de pacientes.	Correo electronico , Historia clinica, Orfeo
10	10 Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades contenidas en el formato de necedidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se cumple a cabalidad con las actividades establecidas en el contrato y las demás designadas según la necesidad del servicio	Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a el DRIVE CORRESPONDIENTE

Observaciones:

Se anexa certificacion 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. 1.024.461.144 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Manuela Castellanos C.
CARGO:	Jefe Ofic Partic y Serv
FIRMA	

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-05-12, 01:37:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1028965606

Periodo Cotización: abril de 2020 **Periodo Servicio:** abril de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8817196210

PAGADO 12/05/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHANNA ALEXANDRA LESMES SIERRA		
Documento	CC1024461144	**Dirección**	CRA 56C SUR 52 32 SUR NUEVO MUZU
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7107859
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024461144	JOHANNA ALEXANDRA LESMES SIERRA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.313.057	$ 210.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.313.057	$ 164.200	2,436	$ 1.313.057	$ 32.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 406.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.313.057	$ 1.313.057	$ 1.313.057	$ 0	$ 210.100	$ 164.200	$ 32.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 406.300	$ 0	$ 406.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 69[illegible] - Pe[illegible]40 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ar[illegible]manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 73460

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL SAN BLAS **NIT:** 8002163037

Punto de Atención: Cami Olaya

Trabajador Social: JOHANNA LESMES SIERRA **Tarjeta Profesional:** 1024461144 **Fecha Estudio:** 23/05/2020

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

Identificación:	CC: 1026308783	**Nombre:**	MENDEZ GUTIERREZ ELIZABETH		
F. Nacimiento:	23/08/1987	**Dirección:**	CRA 9 ESTE # 30-11 SUR		
Departamento:	OTRO PAIS	**Localidad:**	SAN CRISTOBAL	**Barrio:**	SAN CRISTOBAL SUR
Estrato:	3	**Celular:**	3124472434	**Teléfono:**	
Email:		**Nacionalidad:**	COLOMBIA	**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:	1100185006	**Puntaje:**	69.37	**Nº Solicitud:**	0

Datos Acudiente:

Identificación:	AS: 0000	**Nombre:**	MARYLUZ MENDEZ RODRIGUEZ	**Télefono:**	3124472434

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD DE NACIONALIDAD COLOMBIANA POR PARTE DE PADRES, NACIDA EN VENEZUELA QUIEN REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD POR EL ÁREA DE URGENCIAS DEL CAPS OLAYA, SIN AFILIACIÓN EN SALUD, COMPROBADOR DE DERECHOS Y DNP CON PUNTAJE MAYOR DEL SISBEN 69.37, ADRES NO REGISTRA, NO CUENTA CAPACIDAD ECONÓMICA PARA HACER PAGO DEL 100% DEL SERVICIO EN SALUD NI PARA AFILIARSE A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. POR LO CUAL SE REALIZA VINCULACIÓN PROVISIONAL AL FFDS A TRAVÉS DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO SOCIAL DE CASO

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

PACIENTE FEMENINA DE 432 AÑOS QUIEN ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CAPS OLAYA EN COMPAÑIA DE SU PRIMA LA SRA MARILUZ MENDEZ DE 30 AÑOS AL PRESENTAR CAIDA POR LAS ESCALERAS, POR LO CUAL DEMANDA LOS SERVICIOS EN SALUD PARA LOGRAR ATENCIÓN SEGÚN LA NECESIDAD DEL PACIENTE.

ANTECEDENTES FAMILIARES

PACIENTE QUIEN VIVE CON SU PRIMA PATERNA LA SRA MARILUZ MENDEZ DE 30 AÑOS, GRUPO FAMILIAR PROCEDENTE DE ESTADO COJEDES VENEZUELA, PACIENTE QUIEN ADQUIRIÓ NACIONALIDAD COLOMBIANA POR LINEA PATERNA, RESIDEN EN BOGOTA HACE 9 MESES EN BUSCA DE MEJORES CONDICIONES SOCIOECONOMICAS Y LABORALES. FAMILIA EXTENSA RESIDE EN VENEZUELA.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

PACIENTE QUIEN LABORABA COMO MESERA EN CAFETERÍAS, PERO A RAÍZ DE CUARENTENA OBLIGATORIA POR COVID 19 SE QUEDO SIN TRABAJO POR LO QUE AHORA SE DEDICA A LA VENTA DE TAPABOCAS EN LAS CALLES , DEVENGANDO UN SALARIO MENSUAL APROXIMADO DE $180.000 PESOS CON LO QUE DEBEN HACER PAGO DE ARRIENDO, ALIMENTACIÓN, SERVICIOS PÚBLICOS TRANSPORTES Y DEMÁS GASTOS DE NÚCLEO FAMILIAR. REFIERE QUE JUNTO CON SU PRIMA SE HACEN CARGO DEL PAGO DE DICHAS OBLIGACIONES

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

NO SE APOYA EN REDES INSTITUCIONALES O COMUNITARIAS

CONCEPTO SOCIAL

PACIENTE DEMANDANTE DE LOS SERVICIOS EN SALUD A QUIEN SE VINCULA PROVISIONALMENTE AL FFDS CON EL FIN DE EVITAR BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD. SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO VALIDO SOLO POR 6 MESES Y CON CUOTA DE RECUPERACION DEL 30% SEGUN NIVEL 3 DE SISBEN . SEGÚN DECRETO 780 ARTICULO 2.1.1.4 SE PRESUMEN QUE LAS AFIRMACIONES REALIZADAS POR LA PACIENTE CORRESPONDEN A LA VERDAD BAJO EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE. SE ORIENTA EN SOLICITAR NUEVA ENCUESTA SISBEN PARA VALIDACION DE PUNTAJE ACTUAL O AFILIARSE A REGIMEN CONTRIBUTIVO COMO INDEPENDIENTE UNA VEZ SU CONDICIÓN ECONÓMICA SE LO PERMITA

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: **23/11/2020**

Johanna Lesmes S
TRABAJADORA SOCIAL
TP. 215421011-1

Firma: _____

Nombre: JOHANNA LESMES SIERRA

Identificación: CC: 1024461144

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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 73532

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL SAN BLAS **NIT:** 8002163037

Punto de Atención: Cami Olaya

Trabajador Social: JOHANNA LESMES SIERRA **Tarjeta Profesional:** 1024461144 **Fecha Estudio:** 24/05/2020

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

Identificación: AS: VEN23916334 **Nombre:** NARQUEZ GUTIERREZ YUSNEIDA BETZAIDA

F. Nacimiento: 12/01/1993 **Dirección:** CLL 27 SUR # 63-57

Departamento: **Localidad:** RAFAEL URIBE URIBE **Barrio:** OLAYA

Estrato: 1 **Celular:** 3143552848 **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

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD VENEZOLANA IRREGULAR QUIEN REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD POR EL ÁREA DE URGENCIAS DEL CAPS OLAYA SIN AFILIACIÓN EN SALUD, NO CUENTA CAPACIDAD ECONÓMICA PARA HACER PAGO DEL 100% DEL SERVICIO EN SALUD NI PARA AFILIARSE A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. POR LO CUAL SE REALIZA VINCULACIÓN PROVISIONAL AL FFDS A TRAVÉS DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO SOCIAL DE CASO, NO HA REALIZADO TRÁMITES DE LEGALIZACIÓN POR MEDIO DE MIGRACIÓN COLOMBIA

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS QUIEN ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS SIN ACOMPAÑANTE AL PRESENTAR HERIDAS EN LAS MANOS REFIERE QUE POR ROBARLE SUS PERTENENCIAS LE CORTARON LAS MANOS, POR LO CUAL DEMANDA LOS SERVICIOS EN SALUD PARA LOGRAR ATENCIÓN SEGÚN LA NECESIDAD DEL PACIENTE.

ANTECEDENTES FAMILIARES

PACIENTE REFIERE VIVIR SOLA EN BOGOTÁ, TIENE A SU MAMÁ Y SUS HERMANOS EN VENEZUELA ASÍ COMO SU HIJO DE 4 AÑOS QUIEN ESTÁ AL CUIDADO DE ABUELA MATERNA. PROCEDENTES DEL ESTADO SAN CRISTÓBAL VENEZUELA, RESIDE EN BOGOTÁ HACE 4 AÑOS EN BUSCA DE MEJORES CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y LABORALES. FAMILIA EXTENSA RESIDE EN VENEZUELA. USUARIA CRUZO FRONTERA POR CÚCUTA.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

PACIENTE QUIEN SE DESEMPEÑA COMO TRABAJADORA SEXUAL, DEVENGANDO UN SALARIO MENSUAL DE $1.000.000 CON LO QUE DEBEN HACER PAGO DE ARRIENDO, ALIMENTACIÓN, SERVICIOS PÚBLICOS TRANSPORTES Y DEMÁS GASTOS DE NÚCLEO FAMILIAR.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

NO SE APOYA EN REDES INSTITUCIONALES O COMUNITARIAS

CONCEPTO SOCIAL

PACIENTE DEMANDANTE DE LOS SERVICIOS EN SALUD A QUIEN SE VINCULA PROVISIONALMENTE AL FFDS CON EL FIN DE EVITAR BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD. SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO VÁLIDO SOLO POR LA URGENCIA. SEGÚN DECRETO 780 ARTICULO 2.1.1.4 SE PRESUMEN QUE LAS AFIRMACIONES REALIZADAS POR LA PACIENTE CORRESPONDEN A LA VERDAD BAJO EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE. SE ORIENTA EN GESTIONAR ESTANCIA EN EL PAÍS A TRAVÉS DE MIGRACIÓN COLOMBIA PARA QUE LOGRE AFILIARSE AL SGSSS Y EVITAR BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS

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: **24/11/2020**

TRABAJADORA SOCIAL
TP. 215421011-1

Firma: _____

Nombre: JOHANNA LESMES SIERRA

Identificación: CC: 1024461144

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.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3642 2020	C.D.P. No.:	295	Proceso al que pertenece:	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO CONVENIO CAPS 692
Nombre del Contratista:	ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ			C.C.	52.4[illegible]688 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-02-12	Fecha Terminacion Inicial:	2020-04-03	Valor Mensual:	$ 1.455.000 Valor a cobrar: $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	561	2020-03-05	2020-04-04
2	$ 1.115.500	759	2020-03-03	2020-04-26
3	$ 2.930.000	1091	1902-12-26	2020-06-26
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 922.500	$ 277.000	83405[illegible]
2	MARZO	$ 1.455.000	$ 277.000	83405[illegible]
3	ABRIL	$ 1.455.000	$ 277.000	83414933[illegible]
4	MAYO	$ 1.455.000	$ 277.000	83419806[illegible]
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 6.547.500	$ 5.286.500	$ 1.261.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN [illegible]ROCESO DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL [illegible]TO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2020-05-01 Hasta: 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Organizacion de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorizacion de poblaciones	se direcciona al usuario si es general o preferencial . Mediante el digiturno	Se entrega mensual de formato de [illegible] acciones MI-SP-FT-004 en físico [illegible] vo por parte de la referente de [illegible] al usuario
2	Orientacion a usuarios en procedimientos de asegaramiento y vinculacion al SGSSS	se orienta al usuario como afiliarse a una EPS -S cuando tienen nivel 1-2- cuando no tienen encuesta se direccionan a trabajo social.	Se [illegible] registro en aplicativo SIDMA
3	Orientacion a los usuarios en procedimientos de interposicion de PQRS	se orienta al usuario a interponer una queja , sugerancia o felicitacion Respetuosamente . Con datos legibles	Se entrega semanal de formato de [illegible] acciones MI-SP-FT-004 en físico [illegible] vo por parte de la referente de [illegible]
4	Verificacion de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el	se orienta al usuario como afiliarse a una EPS -S cuando tienen nivel 1-2- cuando no tienen encuesta se direccionan a trabajo social.	A [illegible] de citas por Dinamica Gerencial
5	Realización de encuestas y aplicacion de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de atencion al usuario	se realiza encuesta de satisfaccion a usuarios en consulta externa	Se [illegible] entrega mensual de formato de [illegible] de satisfacción en físico para archivo [illegible] de la referente de atención
6	Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los	realizar charlas de derechos y deberes . Tema del dia . En consulta externa	Se [illegible] de entrega semanal de formato de [illegible] acciones MI-SP-FT-004 en físico [illegible] vo por parte de la referente
7	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que	se registra en SIDMA , orientaciones grupales o individuales y barreras de acceso	Se [illegible] de entrega semanal de formato de [illegible] acciones MI-SP-FT-004 en físico [illegible] vo por parte de la referente
8	Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos	reralizar charlas en sala de espera para dar a conocer la figura del defensor del usuario	se [illegible] registro en aplicativo SIDMA
9	Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo publico para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud	se realiza esta actividad cuando somos convocados	Se [illegible] entrega mensual de formato de [illegible] acciones MI-SP-FT-004 en físico [illegible] vo por parte de la referente de [illegible]
10	Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atencion al usuario	entregar reporte de usuarios atendidos en digiturno - encuestas de satisfaccion y charlas del tema del dia	Listado de ser requerido para la [illegible]

Observaciones:

Ana Herlinda Rodriguez Martinez
Firma del Contratista

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 52.[illegible]688 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	Marcela C

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.

900959051

INDICACIÓN MEDICA

CRONICOS HIPERTENSION Y/O DIABETES

N° Historia Clinica: 20175696 **N° Folio:** 10 **Fecha Folio:** 5/06/2020 6:26:2[illegible] m. **Folio Asociado:** 7

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	MARIA DEL CARMEN RINCON VARGAS	**Identificacion:**	20175696 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	14/septiembre/19 **Edad Actual:** 80 Años \ 8 Meses \ 21 Dias 39	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CALL35 B 26D 40	**Teléfono:**	3219630170
Procedencia:	LOC. USME	**Ocupación:**	PERSONAS Q[illegible] NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	CAPITAL SALUD EPS-S	**Régimen:**	Regimen Simp[illegible]icado
Plan Beneficios:	TIPOLOGIA CONSULTORIO BASICO CAPITAL SALUD EPSS	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO [illegible]IVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:	.	**Teléfono Resp:**	.
Dirección Resp:	.	**N° Ingreso:**	10965885 **Fe[illegible]a:** 4/06/2020 9:3[illegible]3 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad [illegible]eral
Area de Servicios:	5HCC14 - CAPS CHIRCALES CONSULTA EXT Y PROCEDIMIENTOS MEDICINA INTERN[illegible]		

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle:

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ
No. Identificación: CC52441688
Dirección: CALLE 22 # 4 03
Telefono: 3004465773
Correo: rodriguezana772@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8341980485

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ
Tipo y número de identificación	CC52441688
Número de planilla	8341980485
Fecha pago	2020-04-17
Número de autorización pago	1000000091
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2020
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2020
Número de Administradoras	4
Total Pagado	277400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	140600	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	5400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	109900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52441688
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	877803	877803	877803	877803	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 3644-2020 **C.D.P. No.:** 295 **Proceso al que pertenece:** Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
Unidad a la que pertenece: Unidad Prestadora de Servicios San Blas (Convenio 692)

Nombre del Contratista: DIEGO ALEJANDRO PACHON CASTRO **C.C.** 1.014.202.370 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 12/20/20 **Fecha Terminación inicial:** 2020-03-04 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	295	2020-02-05	2020-04-04
2	$ 2.910.000	561	2020-04-27	2020-06-26
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO2020	$ 921.000	$ 273.000	1027742736
2	MARZO2020	$ 1.455.000	$ 273.000	1028617128
3	ABRIL2020	$ 1.455.000	$ 271.700	1028617556
4	MAYO2020	$ 1.455.000	$ 157.600	1029774878
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 5.432.000	$ 5.286.000	$ 146.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVIVIOS DE APOYO DE MAENRA PERSONLA Y AUTONOMA ,PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.E.S.E EN EL MARCODEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Organizar a los usuarios en salas de espera para asignacion de turnos,teniendo en cuenta la normativilidad vigente y la priorizacion de poblaciones	desde el ingreso se organiza al y/o los usuarios de acuerdo al servicio solicitado evitando filas y/o aglomeración de usuarios en las salas de espera	se realiza una organización diaria posterior al filtro en filia según afluencia de personas.
2	orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramientosy vinculacion al SGSSS	se realiza orientaciones a cada uno de los usuarios teniendo en cuenta la normatividad legal vigente	se realiza orientaciones entorno al aseguramiento y la normatividad legal a un aproximado de usuarios diarios.
3	Orientar a los usuarios en procedimuentos para presentar un PQRS	se da orientación de manera oportuna de permanente entorno al proceso a realizar sobre el proceso de PQRS	se realizan orientaciones a aproximadamente 3 usuarios diarios y/o por semana
4	Verificar a los usuarios en la base de datos (comprobador de derecho,fosyga,DNP,ADRESS,GEOREFERENCIADOR)	se verifica de maneras oportuna , diaria y permanente en las beses de datos para la asignacion de citas y o orientaciones requeridas por los usuarios.	se realiza una verificación diarsa en base de datos según afluencia de personas y rotación de puntos de atención.
5	Realizar encuestas y aplicación de formato de los usuarios de acuerdo con las metas establecidas	se realiza una muestra mensual de encuestas de derechos y deberes y/o satisfacción de acuerdo a la muestra asignada	se realiza un promedio de encuestas de derechos y deberes A 3 usuarios10 de
6	Realizar charlas en sala de espera diariamente segun el cronograma establecido por la oficina de Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano realizando el registro en los formatos establecidos.	se realizan las charlas y sensibilizaciones diarios en las salas de espera y de manera individual a los usuarios que se acercan diariamente al caps.	se realiza un aproximado mensual de charlas en sala de espera en diferentes temas según cronograma.
7	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientadores grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion diarsa , con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar a los usuarios en los servicios de salud	se realiza registro de manera continua y permanente en la plataforma SIDMA de las barreras que se le presentan a los usuarios.	se realiza un registro diario de aproximadamente 2 usuarios diarios en la plataforma según organización de turnos.
8	Dar a conocer la figura del defensor del cuidadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos	se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma en las salas de espera y de manera individual entorno al defensor del ciudadano.	se realiza un aproximado de 1 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de 12 usuarios aproximadamente
9	Participar en las acciones que promueven la defensa de lo publico para promover la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos	se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma manera continua en las salas de espera y de manera individual.	se realiza un aproximado de78 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de usuarios aproximadamente.
10	Entregar semanalmente los soportes de la gestion realizada de acuerdo a los alinimientos establecidos por la oficina de participacion comunitaria y servivio al ciudadano	se realiza entrega al jefe encargado las listad de sensibilizaciones y/o gestiones realizadas	se hace entrega de un aproximado de 3 o 5 listas de sencibilziaciones de acuerdo a la programación del jefe encargado.
11	Asistir tecnicamente ,asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud	se realizan charlas y/o sensibilziaciones de derechos y deberes de acuerdo al cronograma en las salas de espera y de manera individual.	se realiza un aproximado de 1 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de 12usuarios aproximadamente.
12	Orientar a los usuarios que asisten a las diferentes USS de la subred en el modelo de atencion integral en salud	se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma manera continua en las salas de espera y de manera individual.	se realiza un aproximado de 7 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de 78 usuarios aproximadamente.
13	Las demas funcaones que sean asignadas en realizacion del objeto contractual Contenidas en el formato de nesecidad de personal que hace parte integral del presente contrato	se realizan las actividades asignadas por el jefe encargado de manera responsable , oportuna , permanente.	se realizan las actividades dianas asignadas por el jefe inmediato.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Diego P
Firma del Contratista

C.C. 1.014.202.370 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICI
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-05-12, 03:17:46 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1029774878

Periodo Cotización: abril de 2020 **Periodo Servicio:** abril de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8817544640

PAGADO 12/05/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIEGO ALEJANDRO PACHON CASTRO		
Documento	CC1014202370	**Dirección**	CL 65F #110 - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3023095855
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1014202370	DIEGO ALEJANDRO PACHON CASTRO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 26.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 877.803	$ 109.800	2,436	$ 877.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 157.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 26.400	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 157.600	$ 0	$ 157.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	3645/2020	**C.D.P. No.:**	296	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADANO
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)

Nombre del Contratista: KATHERIN ANDREA PADILLA BENAVIDES **C.C.** 1.026.581.380 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-06 **Fecha Terminación inicial:** 2020-02-27 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	561	2020-02-27	2020-03-26
2	$ 1.455.000	759	2020-03-26	2020-04-26
3	$ 2.910.000	1091	2020-04-26	2020-06-26
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.261.000	$ 272.800	834083?239
2	MARZO	$ 1.455.000	$ 273.000	41471206
3	AABRIL	$ 1.455.000	$ 271.700	834143?992
4	MAYO	$ 1.455.000	$ 157.600	834287?197
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 6.887.000	$ 5.626.000	$ 1.261.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servcios de apoyo de manera personal y autonoma, para la ejecucion de actividades admisnitrativas en el proceso de participacion comunitaria y servicio al ciudadano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. en el marco delconvenio interadministrativo 692

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2020/05/01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Organizar alos usuarios en salas de espera para asignacion de turnos,teniedo encuenta la normatividad y la priorizacion de poblaciones.	se entrega turnos para factura y para informacion atus.Por orden de llegada se ecentrega turno y se identifica con letras para su atencion	se entregan turnos tal cual y se ve en la cola de llegada de paciente,6 am hasta 4 :30pm,dados por el dispensar
2	Orientar alos uruarios en el procedimiento de aseguramiento y vinculacion al SGSSS	Se orienta alos usuarios que requieran accedeer a los servicios de salud teniendo encuenta la afiliacion y aseguramiento respectivo al SGSS,segùn normatividad vigente	Se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 02,entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas
3	Orientar alos uruarios en procedimientos para presentar una PQRS	Se realizan charlas en l sala de espera informando donde quedan los buzones de pqrs.se especifica los canales con los que contamos para realizar sus sugerencias	Se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 02,entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas
4	verificar alos usuarios en base de datos (Comprobador de Derechos,Fosyga,DNP,ADRESS,GEOREFERENCIADOR)	Se verifican en base de datos a los usuarios según la demanda	Se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 02,entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas
5	Realizar encuestas y aplicación de formatos alos usuarios deacuerdo a las metas establecidas	Registro en barreras de acceso al SIDMA,tanto individuales como grupales	Se evidencia en el formato mcpfi-017-version 1 2018 se entregan 10 - 15 encuestas diarias
6	Realizar charlas en sala de espera diariamente deacuerdo concelcronograma establecido por la oficina de PARTICIPACION COMUNITARA Y SERVICIO AL CUIDADANO,realiando el registro en los formatos establecido	Se realizan charlas según cronograma suministrado por area de participacion social y servicio al cuidadano	Se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 02,entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas
7	Dar a conocer la figura del defensor del cuidadano ala comunidad en general y en salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos	Se informa el nombre del defensor indicando su cargo y su ubicación	Se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 02,entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas
8	Entregar semanalmente los soportes de la gestion realizada deacuerdo con los liniamientos establecidos por la oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Se entrega informe sobre las actividades desarrolladas mensualmente	se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 2 entregando una productividad semanal de 8-10hojas de 12 casillas entregando mensual de 8-10 hojas de 12 casillas
9	Consultar el sistema de dinamica gerencial ,con el fin de llevar cavo consulta de agendamiento de citas medicas y actualizacion dde datos cuando el usuario asi lo requiera	Se crea actualiza y agenda ciatas medicas en Dinamica General diariamente y ademanda de los usuarios	se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 2 entregando una productividad semanal de 8-10hojas de 12 casillas entregando mensual de 8-10 hojas de 12 casillas
10	Las demas funciones que sean asignadas en la realizacion del objeto contractual Contenias con el formato de nesesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se da cumpimiento alas funciones delegadas por el/la lider del centro o jefe inmediato	se evidencia en los formatos codigo MI sfil-004 version 2 entregando una productividad semanal de 8-10hojas de 12 casillas entregando mensual de 8-10 hojas

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

Katherin Padilla
Firma del Contratista

C.C. 1.026.581.380 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADANO
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KATHERINE ANDREA PADILLA BENAVIDES
No. Identificación: CC1026581380
Dirección: CL 41 SUR 12C 59
Telefono: 3212005900
Correo: katherinpadilla23@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8342877197

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE ANDREA PADILLA BENAVIDES
Tipo y número de identificación	CC1026581380
Número de planilla	8342877197
Fecha pago	2020-05-26
Número de autorización pago	1000000273
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2020
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	157600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	26400	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

8342877197

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026581380
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE ANDREA PADILLA BENAVIDES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	877803	877803	877803	0	109800	0	26400	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	3643	**C.D.P. No.:**	295	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO (CONVENIO 692)

Nombre del Contratista: JULIO CESAR CORREA JAIME **C.C.** 79.467.036 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2020-02-12 **Fecha Terminación incial:** 2020-04-03 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	561	2020-03-05	2020-04-03
2	$ 1.115.500	759	2020-04-03	2020-04-26
3	$ 2.910.000	1091	2020-04-26	2020-06-26
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 921.500	$ 0	0
2	MARZO	$ 1.455.000	$ 275.000	9403346754
3	ABRIL	$ 1.455.000	$ 271.700	94043771198
4	MAYO	$ 1.455.000	$ 157.600	9405481768
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 6.547.500	$ 5.286.500	$ 1.261.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.	Se direcciona al usuario según la población si es usuario general o preferencial mediante el digiturno	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
2	Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.	Se orienta al usuario como se debe afiliar a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sisbén.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
3	Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS.	Se orienta al usuario si desea interponer un queja que debe ser respetuosa y con todos los datos legibles.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
4	Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosyga, DNP)	Se orienta al usuario como se debe afiliar a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sisbén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerable, del mes.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
5	Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de	Se realiza encuesta de satisfacción en las áreas de Consulta externa y urgencias	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
6	Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria	Se realiza charlas deberes y derechos en el area de consulta externa y urgencias a usuarios.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
7	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión	Se registra en el SIDMA de orientaciones grupales, individuales y barreras de acceso	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
8	Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos.	Se realiza charla acerca de del defensor del ciudadano a los usuarios en consulta externa.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
9	Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.	Se realiza esta actividad cuando somos convocados.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
10	Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario.	Se entrega reporte de cuantos usuarios se atendieron en el digiturno, se aplicaron encuestas de satisfaccion digitacion de encuestas, charlas realizadas deberes y derechos, triage	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
11	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	Se realiza en las charlas deberes y derechos.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
12	Orientar a los usuarios que asisten a las diferentes USS de la Subred en el modelo de atencion integral en salud.	Orientar a los usuarios en el modelo de atencion de la red integrada de salud.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
13	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual contenidas en el formato de necesidad de personal que	Se realizo las actividades asignadas acabalidad.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive

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. 79.467.036 **de** BOGOTA D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION 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 79467036		CORREA JAIME JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 41 B SUR 1F 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	617581485	9405481768	I	2020/05/12	2020/05/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$157,600**	**$0**	**$0**	**$157,600**

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 79467036		CORREA JAIME JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 41 B SUR 1F 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	617581485	9405481768	I	2020/05/12	2020/05/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$157,600

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)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC 79467036	CORREA JULIO	25-14	30	$877,803	$26,400	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/05/05 06:34 PM

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-3646-2020	**C.D.P. No.:**	295	**Proceso al que perte**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pert	SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS692)

Nombre del Contratista	LUZ MARITZA GUERRERO LADINO	**C.C.**	51,802,112	**de:**	BOGOTA

Fecha Inicio:	2020-02-06	**Fecha Terminación incial:**	2020-02-27	**Valor Mensu**	$ 1,455,000
Valor a cobrar:	$ 1,455,000				

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,455,000	561	2020-02-27	2020-03-26
2	$ 1,455,000	759	2020-03-27	2020-04-26
3	$ 2,910,000	1091	2020-04-27	2020-06-26
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,261,000	$ 0	0
2	MARZO	$ 1,455,000	$ 273,500	9403617315
3	ABRIL	$ 1,455,000	$ 272,600	9404179115
4	MAYO	$ 1,455,000	$ 157,600	9405307206
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,067,000	$ 6,887,000	$ 5,626,000	$ 1,261,000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICION DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EN EL MARCO DEL CONVENIO ADMINISTRATIVO 692 DE 2019

Relación de actividades para el | **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Organizar los usuarios en salas de espera para asignacion de turnos ,teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.	Se realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos, asignación de citas, y/o direccionamiento del usuario a los demás servicios, priorizando gestantes, mujeres con bebes en brazos, adulto mayor y personas con condición de discapacidad, resaltando que se cuenta con en el módulo verde en donde se realiza la atención preferencial y manejo de casos prioritarios..	Se orienta a los usuarios sobre el distanciamiento que se debe tener en las salas de espera de consulta externa debido a la contigencia sanitaria que se esta presentando
2	Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.	Se brinda orientacion e informacion a los usuarios sobre la vinculacion al sistema de salud.	Disminucion de usuarios mal orientados y direccionados. Se fortalece estrategia de pico y cedula
3	Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS.	Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, se da respuesta de manera inmediata a la necesidad del usuario.	Los usuarios interponen requerimientos utilizando los canales dispuestos.
4	Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Fosyga, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR).	Todos los paciente son verificados en Comprobadores de Derechos, DNP y Fosyga, georeferenciador para proceder al acceso al servicio	Usuarios verificados correctamente y orientados según verificacion
5	Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo con las metas establecidas.	Se realizan encuestas de satisfaccion, derechos y deberes, conocimiento de los servicios, en el area de consulta externa.	Se entregan 20 encuestas de satisfaccion de ruta de la salud
6	Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participacion Comunitaria y Atencion al ciudadano, realizando el resgistro en los formatos establecidos.	Se realiza la divulgación según cronograma establecido en la oficina ,con temas de derechos y deberes de los usuarios, portafolio de servicios, decalogo de humanizacion,formas de participacion social,linea psicoactiva,manejo de residuos ruta de evacuacion era ruta de la salud, generando así un registro en los formatos establecidos de "Charlas y capacitaciones";	228 usuarios sensibilizados en los diferentes temas, durante el mes de mayo
7	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.	Se identifica la barrera de acceso y se registra en SIDMA de la Secretaria de Salud; resaltando que todas las barreras de acceso registrado se generan una solución oportuna al usuario, por tanto estos casos son cerrados al 100%.	Se consolida con el informe de Ruta de la Salud

8	Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos.	Se brinda orientación e información a todos los usuarios en la Unidad, acerca del defensor del usuario, nombre del defensor de la subred Centro Oriente, sus funciones. De igual manera se les recuerda a los usuarios que se cuenta con el área de atención al Usuario de la Unidad, donde se pueden acercar con cualquiera de los colaboradores, quienes brindaremos orientación y/o direccionamiento a las dificultades que se les presenté en la Unidad o si es el caso se gestiona con la subred.	84 usuarios informados de la figura del defensor del ciudadano para el mes de mayo
9	Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.	Se lleva a cabo campañas para promover la participacion activa y vinculacion de la comunidad usuaria de la unidad en la asociación de usuarios como formas de participacion social.	24 usuarios informados sobre participacion comunitaria para el mes de mayo
10	Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Oficina de Participacion Comunitaria y Atencion al ciudadano.	se entregan los registros de la gestion realizada semanal mente de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina	228 usuarios sensibilizados
11	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	Se orienta a los usuarios, que soliciten información acerca de la exigibilidad del derecho a la salud, dependiendo su inconformidad y/o solicitud. De igual manera se brindan charlas y capacitaciones semanales, tanto grupales como individuales para reforzar la divulgación de deberes y derechos que tieñen los usuarios en temas como: asignación y cumplimiento de la cita médica, entre otros.	se orienta a los usuarios
12	Consultar el Sistema de Dinamica Gerencial, con el fin de llevar a cabo consulta de agendamiento de citas medicas y actualizacion de datos cuando el usuario asi lo requiera.	Se verifica y se asignan las citas medicas según oportunidad, se actualizan datos del paciente cuando se requiera	Se actualiza datos de los usuarios y se consulta en comprobador de derechos para que le puedan asignar su cital
13	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidadde personal que hace parte integral del presente contrato.	Se realizan actividades asignadas según objeto contractual, para el fortalecimiento interno del área de Atención al Usuario como son: Asignacion de citas, charlas y Capacitaciones a usuarios en los dias correspondientes según cronograma realizado por la oficina , y apoyo en gestion de casos EPS-S. Asistir a reuniones convocadas, Se entrega planilla de pago de la eps del mes de Abril del 2020.	Se realizan las funciones asignadas por la referente de atencion al ususario UMHES LA VICTORIA Se entrega planillas de pago y se firman actas de la oficina

Observaciones:	Maritza Guerrero **Firma del Contratista**
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	**C.C.** 51,802,112 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION 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 51802112		GUERRERO LADINO LUZ MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 72 K BIS 40-69sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2647200	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	29399918	9405307206	I	2020/05/06	2020/05/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

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)					**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			$0	$0			**$877,803**	**$21,400**		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			$0	$0			**$877,803**	**$21,400**		$0	$0
1	CC 51802112	GUERRERO LUZ	230301	30	$877,803	$26,400	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			$0	$0			**$877,803**	**$21,400**		$0	$0

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 51802112		GUERRERO LADINO LUZ MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 72 K BIS 40-69sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2647200	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	29399918	9405307206	I	2020/05/06	2020/05/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-F-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - CPS: 3647-2020 **C.D.P. No.:** 295 **Proceso al que pertenece:** PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)

Nombre del Contratista: CAMILO ANDRES DELGADO BOADA **C.C.** 1.016.074.826 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2020-02-06 **Fecha Terminación inicial:** 2020-02-27 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	561	2020-03-06	2020-03-27
2	$ 1.455.000	759	2020-04-06	2020-04-27
3	$ 2.910.000	1091	2020-05-06	2020-06-27
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.261.000	$ 0	0
2	MARZO	$ 1.455.000	$ 226.300	102826.5616
3	ABRIL	$ 1.455.000	$ 231.700	102832.6433
4	MAYO	$ 1.455.000	$ 231.700	102892.7509
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 6.887.000	$ 5.626.000	$ 1.261.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las copia de la del numeral)	DESCRIPCIÓN DE LOS LOGROS ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO DE CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	EVIDENCIA
1	1. Orientar a los usuarios en salas de espera para asignación de turnos, teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.	Organizar a los pacientes en sala de espera de acuerdo a su hora de ingreso o según la emergencia por la que el paciente haya asistido	Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHMES San Blas
2	2. Orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS	Guiar y colaborar a los usuarios sobre las medidas de aseguramiento y vinculacion al sistema genera de seguridad social	Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHMES San Blas
3	3. Orientar a los usuarios en procedimientos para presentar un PQRS.	Informar a los usuarios en salas de espera, explicar la manera de como llenar y entregar el formato PQSR	Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHMES San Blas
4	4. Verificar a los usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Fosyga, DNP, ADRESS, GEORREFERENCIADOR).	Antes de asignar una cita a un paciente se verifica que se encuentre en las bases de datos mencionadas	Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHMES San Blas
5	5. Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo con las metas establecidas.	Se realizan encuestas de satisfaccion a los pacientes que se encuentran en la sala de espera	se realizan encuestas en el centro transitorio corferias y se encuentran en el archivo
6	6. Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.	Se realizo charla sobre derechos y deberes, lavado de manos en salas de espera del hospital san blas	se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital san blas
7	7. Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.	Revisar a el paciente en el aplicativo, en caso de tener alguna dificultad para verificar sus datos	Se llevan a cabo la revision de datos en el aplicativo
8	8. Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos.	se realizarn charlas a los pacientes situados en la sala de espera y se hace entrega de folletos para su mejor comprension	se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital san blas
9	9. Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud	orientar a los usuarios para que se ubiquen con la persona encargada (referente) y entregar la informacion requerida	Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHMES San Blas
10	10. Entregar semanalmente los reportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Se diligencia el fomato donde los pacientes indican que se le realizo la charla en las salas de espera	se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital san blas
11	11. Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	realizar comunicados a los usuarios y entregar formatos para su mejor comprension, resolver preguntas si algo no se entendio y hacer firmar a los que estuvieron presentes	se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital san blas
12	12. Orientar a los usuarios que asistena las diferentes USS de la Subred en el modelo de atencion integral en salud.	al ingresar el paciente a la USS se le ofrece colaboracion para el procedimiento que vaya a realizar	Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHMES San Blas
13	13. Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se realizan otras actividades entregadas por el referente, como la digitacion de las planillas de ruta	Se entrega la digitacion a la jefe y se encuentra en san jose obrero

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. 1.016.074.826 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Marcela Castellanos Cabrera
CARGO:	Jefe de oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte	2020-05-28, 01:58:39 PM	Tipo Planilla	I	Número Planilla 1028326493	Referencia pago(PIN) 8816819100
		Periodo Cotización	202003	Periodo Servicio	202003
Cliente:					

PAGADA 2020-04-06

DATOS DEL APORTANTE

zón Social	CAMILO ANDRES DELGADO BOADA				
ocumento	CC 1016074826	Dirección	TV 88 #19 A - 60 INT 2 APTO 703		
po de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3208857060		
po Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
udad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
epresentante Legal		Identificación			

DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1016074826		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
ipo Cotizante	57	00				DELGADO BOADA CAMILO ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				
TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Extranjero	S. Integral	Salario
													0	30	30	30	0			$ 877.803

Pensión						
Código AFP	Codigo Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0

Salud					
Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
EPS005		12,5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0

Riesgos				
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
14-7	[illegible]	2,436 %	$ 877.803	$ 21.400

Caja			
Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja
NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0

Parafiscales			
Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
0 %	$ 0	0 %	$ 0

.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

ineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3650 2020	**C.D.P. No.:**	295	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA BERNAL MUÑOZ			**C.C.**	1.022.354.815 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-02-06	**Fecha Terminación incial:**	2020-06-26	**Valor Mensual:**	$ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	561	2020-02-28	2020-03-27
2	$ 1.455.000	759	2020-03-26	2020-04-26
3	$ 2.910.000	1091	2020-04-26	2020-06-26
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.261.000	0	0
2	MARZO	$ 1.455.000	$ 222.100	94030053370
3	ABRIL	$ 1.455.000	$ 271.700	94044943346
4	MAYO	$ 1.455.000	$ 157.600	94053837787
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 6.887.000	$ 5.626.000	$ 1.261.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Organizar los usuarios en salas de espera para asigacion de turnos teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.	Se realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos, direccionamiento del usuario a los demás servicios, priorizando gestantes, mujeres con bebes en brazos, adulto mayor y personas en condición de discapacidad.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
2	Orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.	Se orienta al usuario como se debe afiliar a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y 2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sisbén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerables.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
3	Orientar a los usuarios en procedimientos para presentar un PQRS.	Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, sin embrago es de resaltar que se le presenta las posibles soluciones inmediatas a la inconformidad del usuario.	Buzón de sugerencias PQRS.
4	Verificar a los usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Fosyga, DNP, ADRESS, GEOREFERENCIADOR.)	Todos los paciente son verificados en Comprobadores de Derechos, DNP y Fosyga para proceder a la asignación del servicio.	Registro encada una de las bases de datos con usuario registrado.
5	Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas.	Se realizan encuestas semanales a los usuarios en el área de consulta externa y urgencias, se aplican encuestas de adherencia de derechos y deberes y encuestas de satisfacción.	Entrega mensual de los formatos diligenciados a la lider de punto Código MI-SP-FT-003 MI-SP-FT-007
6	Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.	Se realiza charlas diarias de Decalogo de humanización, Carta del trato digno de los deberes y derechos, Linea Púrpura y Psicoactiva, Defensor del ciudadano, Estrategia multimodal, Lavado de manos, Portafolio de servicios, canales de comunicación, manejo de residuos, ruta de la salud en el area de consulta externa y urgencias a usuarios.	Entrega diaria de los formatos de charlas a los usuarios diligenciados a la lider de punto Código MI-SP-FT-004
7	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	Se identifica la barrera de acceso y se registra en SIDMA de la Secretaria de Salud; resaltando que todas las barreras de acceso registrado se generan una solución oportuna al usuario, por tanto estos casos son cerrados al 100%.	Registro en el SIDMA con usuario registrado.
8	Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos	Se brinda orientación e información a todos los usuarios en la Unidad, acerca del defensor del ciudadano, nombre del defensor de la subred Centro Oriente, sus funciones. De igual manera se les recuerda a los usuarios que se cuenta con el área de atencion al Usuario de la Unidad, donde se pueden acercar con los orientadores, quienes brindaremos direccionamiento a las dificultades que se les presenté en la Unidad de servicio o si es el caso se gestiona con la subred.	Entrega de papeleria a los usuarios, con la informacion brindada acerca del defensor del ciudadano.
9	Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo publico para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.	Se realiza campaña "promoción de las formas de participación" invitando a los Usuarios a participar en la Asociación de Usuarios	Entrega de papeleria a los usuarios, con la informacion brindada acerca de las formas de participación, se incluye en las planillas de charlas Código MI-SP-FT-004
10	Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano.	Se entrega reporte de la gestión realizada	Entrega diaria de los formatos de charlas a los usuarios diligenciados a la lider de punto Código MI-SP-FT-004 / MI-SP-FT-003/ MI-SP-FT-007
11	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	Se orienta a los usuarios, que soliciten información acerca de la exigibilidad del derecho a la salud, dependiendo su inconformidad y/o solicitud. De igual manera se brindan charlas y capacitaciones semanales, tanto grupales como individuales para reforzar la divulgación de deberes y derechos que tienen los usuarios en temas como: asignación y cumplimiento de la cita médica, entre otros.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive

12	Orientar a los usuarios que asisten a las diferentes USS de la Subred en el modelo de atencion integral en salud.	Se orienta a los usuarios en el modelo de atencion de la red integrada de salud.	Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive
13	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia a reunión mensual	Se deja el registro de asistencia a la reunión mensual en el acta Código. ET-CO-FT-001

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. 1.022.354.815 **de** Bogotá D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION 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 1022354815		BERNAL MUÑOZ LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 76a # 92 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	623454011	9405383787	I	2020/05/07	2020/05/12	BANCO DAVIVIENDA	5	$157,600

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)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1022354815	BERNAL LUISA	230301	30	$877,803	$26,400	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/05/12 01:11 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 1022354815		BERNAL MUÑOZ LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 76a # 92 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	623454011	9405383787	I	2020/05/07	2020/05/12	BANCO DAVIVIENDA	5	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$157,600**	**$0**	**$0**	**$157,600**

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-3652-2020	**C.D.P. No.:**	295	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)
Nombre del Contratista:	ODILIA MARGARITA VALERO HEREDIA			**C.C.**	51.963.646 **de** BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-02-11	**Fecha Terminación Inicial**	2020-03-02	**Valor Mensual:**	$ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.455.000	561	2020-03-03	2020-04-04
2	$ 1.164.000	759	2020-04-04	2020-04-26
3	$ 2.910.000	1091	2020-04-26	2020-06-26
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Febrero 2020	$ 970.000	0	0
2	Marzo 2020	$ 1.455.000	$ 181.400	9403739183 y 9404217873
3	Abril 2020	$ 1.455.000	$ 271.700	9404416880
4	Mayo 2020	$ 1.455.000	$ 457.600	9405529865
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.067.000	$ 6.596.000	$ 5.335.000	$ 1.261.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 31/05/20

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Los trabajadores en la nueva)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Organizar los usuarios en salas de espera para asignación de turnos, teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.	desde el ingreso se organiza al y/o los usuarios de acuerdo al servicio solicitado evitando filas y/o aglomeración de usuarios en las salas de espera	se realiza una organización diaria de aproximadamente 150 usuarios.
2	Orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.	se realiza orientaciones a cada uno de los usuarios teniendo en cuenta la normatividad legal vigente	se realiza orientaciones entorno al aseguramiento y la normatividad legal a un aproximado de 10 usuarios diarios.
3	Orientar a los usuarios en procedimientos para presentar un PQRS	se da orientación de manera oportuna de permanente entorno al proceso a realizar sobre el procesó de PQRS	se realizan orientaciones a aproximadamente 3 usuarios diarios y/o por semana.
4	Verificar a los usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, DNP, ADRESS, GEOREFERENCIADOR).	se verifica de maneras oportuna , diaria y permanente en las beses de datos para la asignación de citas y/o orientaciones requeridas por los usuarios.	se realiza un aproximado de 30 verificaciones diarias.
5	Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo con las metas establecidas	se realiza una muestra mensual de encuestas de derechos y deberes y/o satisfacción de acuerdo a la muestra asignada	se realiza un promedio de 10 encuestas de derechos y deberes y 7 encuestas de satisfacción en promedio.
6	Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Atención al ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos	se realizan las charlas y sensibilizaciones diarios en las salas de espera y de manera individual a los usuarios que se acercan diariamente al caps.	se realiza un aproximado de 2 listas de sensibilizaciones diarias para un total de 24 usuarios aproximadamente diarios.
7	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.	se realiza registro de manera continua y permanente en la plataforma SIDMA de las barreras que se le presentan a los usuarios.	se realiza un registro diario de aproximadamente 3 usuarios diarios en la plataforma
8	Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos.	se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma en las salas de espera y de manera individual entorno al defensor del ciudadano.	se realiza un aproximado de 1 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de 12 usuarios aproximadamente.
9	Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.	se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma manera continua en las salas de espera y de manera individual.	se realiza un aproximado de 1 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de 12 usuarios aproximadamente
10	Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina de participación Comunitaria y atención al Usuario por la Oficina de Participación Comunitaria y Atención al ciudadano.	se realiza entrega al jefe encargado las listad de sensibilizaciones y/o gestiones realizadas	se hace entrega de un aproximado de 3 o 5 listas de sencibilziaciones de acuerdo a la programación del jefe encargado.
11	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	se realizan charlas y/o sencibilziaciones de derechos y deberes de acuerdo al cronograma en las salas de espera y de manera individual.	se realiza un aproximado de 1 lista de sensibilización diaria de acuerdo al cronograma para un total de 12 usuarios aproximadamente.
12	Orientar a los usuarios que asisten las diferentes USS de la Subred en el modelo de atención integral en salud Orientar a los usuarios que asisten las diferentes USS de la Subred en el modelo de atención integral en salud	se orientan 600 usuarios	se realiza un aproximado de 20 orientaciones diarias de acuerdo al requerimiento del usuario
13	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	se realizan las actividades asignadas por el jefe encargado de manera responsable , oportuna , permanente.	se realizan las actividades diarias asignadas por el jefe inmediato.

Observaciones:

Odilia Margarita Valero

Firma del Contratista

C.C. 51.963.646 **de** BOGOTÁ

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

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
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 51963646		VALERO HEREDIA ODILIA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 2 BIS N 135 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	622226435	9405529865	I	2020/05/13	2020/05/11	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$157,600

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
1	CC	51963646	VALERO ODILIA	230201	30	$877,803	$26,400	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$877,803**	**$26,400**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

2020/05/20 07:04 PM

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	3953-2020	**C.D.P. No.:**	771	**Proceso al que pertenece:**	Atención al Usuario y Participación Social
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	LEIDY YANETH JEJEN RINCON	**C.C.**	1.096.950.346	**de:**	MALAGA SANTANDER		
Fecha Inicio:	2020-04-01	**Fecha Terminación incial:**	2020-04-30	**Valor Mensual:**	$ 3.282.642	**Valor a cobrar:**	$ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.300.000	771	2020-05-01	2020-06-26
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ABRIL 2020	$ 3.282.642	$ 289.300	41899850
2	MAYO 2020	$ 3.282.642	$ 262.200	42522573
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.582.662	$ 9.582.662	$ 6.565.284	$ 3.017.378

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TRABAJADOR SOCIAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE APOYO AL ÁREA ASISTENCIAL 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:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SANTA CLARA	Atencion presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado 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 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico tsesesantaclara@gmail.com, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SIDMA
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Cuando fue requerido se realizo Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación	Evidencia en notas de historia clinica en Dinamica gerencial, correo electronico de reporteparticularessantaclara@gmail.com y grupo whatssap de trabajo social, autorizaciones y facturacion
8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	A traves de la atencion presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes	En el mes de mayo se sencibilizo a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restriccion de visitas

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2020-05-04

9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Orfeo - drive de largasestanciassantaclara@gmail.com TSESESANTACLARA@GMAIL.COM
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. C	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON ORFEOS ABIERTOS	Actas de reunio

Observaciones: **TURNO DE FIN DE SEMANA PROGRAMADOS PARA 01 Y 30 DE MAYO DEL 2020**	**Firma del Contratista**
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	**C.C.** 1.096.950.346 **de** MALAGA SANTANDER

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	Jefe de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON	CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA	1234567	LEIDYJEJEN21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	I	12/05/2020	42522573	$262.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	164.300	0		0		0	0	0	0	164.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	39.500	0	0	0	0	0	0		39.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	32.100				32.100	0	0	32.100			321	32.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.300	0	0	26.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	164.300	164.300
Pensión	1	39.500	39.500
Riesgos Laborales	1	32.100	32.100
CCF	1	26.300	26.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	262.200	262.200

PAGADA 42522573

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON		CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA APTO 000 T 00	1234567	LEIDYJEJEN21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	I	12/05/2020	42522573	$262.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1096950346	JEJEN RINCON LEIDY YANETH	59	0			N																	25-14	1.314.000	39.500	0	0	0	0	EPS008	1.314.000	164.300	14-7	1.314.000	3	32.100	CCF24	1.314.000	26.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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.

NOTA DE TURNO

N° INGRESO: 10837569 FECHA DE INGRESO: 7/04/2020 12:14:00 a. m.
FECHA DE FOLIO: 1/05/2020 10:31:05 a. m. N° FOLIO: 105

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 20890310 IDENTIFICACION: 20890310
NOMBRE PACIENTE: MERCEDES BALLESTEROS QUIROGA EDAD: 84 Años 8 Meses 30 Días
ESTADO CIVIL: Soltero FECHA DE NACIMIENTO: 2/08/1935 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ENTIDAD: RS206 NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
DIRECCION: CARRERA 53 5 30 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
TELEFONO: 3138467415 PROCEDENCIA: LOC. SAN CRISTOBAL

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FINALIDAD CONSULTA: No Aplica
RESPONSABLE: LAURA ROJAS CAUSA EXTERNA: Enfermedad General
DIRECCION RESPONSABLE: TELEFONO RESPONSABLE:

LABORATORIOS

	Resultado	Fecha	Observación
Hepatitis B			
Sífilis			
Vih			

DIAGNOSTICOS

CIE10	DECRIPCION
J441	J441 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA

NOTA DE TURNO

PACIENTE CON SALIDA MEDICA, SE ESTABLECE COMUNICACION TELEFONICA CON NIETA LAURA ROJAS QUIEN INFORMA QUE YA CUENTAN EN VIVIENDA CON BALAS DE OXIGENO Y HARA PRESENCIA EN LA INSTITUCIÓN PARA LLEVAR A CABO EGRESO HOSPITALARIO DE SU FAMILIAR, ASI MISMO, TENIENDO EN CUENTA DIAGNOSTICO MEDICO DE LA PACIENTE QUE REQUIERE AISLAMIENTO, SE COORDINA CON EL REFERENTE DE HOSPITALIZACION DE LA UNIDAD PARA PROGRAMAR VEHICULO INSTITUCIONAL Y TRASLADO DE LA PACIENTE A SU DOMICILIO, SE INFORMA A LA PARTE MEDICA Y SERVICIO DE ENFERMERIA. DIRECCIÓN: CARRERA 53 Nº 5-30; BARRIO: SAN RAFAEL - LOCALIDAD PUENTE ARANDA; TELEFONO: 3138467415.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

Profesional: LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Registro Medico: 1096950346
Especialidad: TRABAJO SOCIAL

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.

NOTA DE TURNO

N° INGRESO: 10908071 FECHA DE INGRESO: 13/05/2020 10:56:22 a. m.
FECHA DE FOLIO: 30/05/2020 11:49:52 a. m. N° FOLIO: 84

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 125048 IDENTIFICACION: 125048 EDAD: 91 Años 11 Meses 22 Dias

NOMBRE PACIENTE: GERARDO GARZON FECHA DE NACIMIENTO: 08/06/1928 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 2
ENTIDAD: RS206 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: CALLE1 22 06 TELEFONO: 0000 PROCEDENCIA: LOC CANDELARIA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
RESPONSABLE: DIRECCION RESPONSABLE: TELEFONO RESPONSABLE:

LABORATORIOS

Resultado	Fecha	Observación
Hepatitis B		
SIFILIS		
VIH		

DIAGNOSTICOS

CIE10	DECRIPCION
Z658	Z658 - OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES

NOTA DE TURNO

PACIENTE UBICADO EN UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN CAMA 30 DE MEDICINA INTERNA, EL DR GUILLERMO MARCIALES, ESTABLECE COMUNICACION TELEFONICA CON FAMILIAR VICTOR GARZON AL TELEFONO 3222849544 A QUIEN LE BRINDA LA RESPECTIVA INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE; PACIENTE SE ENCUENTRA EN TRAMITE PARA UBICACION INSTITUCIONAL, CASO SE ENCUENTRA EN MANEJO Y SEGUIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

Profesional: LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Registro Medico: 1056850849
Especialidad: TRABAJO SOCIAL

Escaneado con CamScanner

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	3954-20	**C.D.P. No.:**	771	**Proceso al que pertenece:**	Atención al Usuario y Participación Social
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA **C.C.** 52.107.606 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-01-04 **Fecha Terminación incial:** 2020-26-06 **Valor Mensual:** $ 3.282.642 **Valor a cobrar:** $ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.300.020	1091	2020-05-01	2020-06-26
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ABRIL-2020	$ 3.282.642	$ 623.800	7749100590
2	MAYO-2020	$ 3.282.642	$ 235.900	5158311952
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.582.662	$ 9.582.662	$ 3.282.642	$ 3.017.378

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL AREA DE LA SALUD, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SANTA CLARA	Atencion presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado 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 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares de los pacientes de los servicios de Sanrafael I,II Y III , Y Santa Maria
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico tsesesantaclara@gmail.com, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SIDMA
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Cuando fue requerido se realizo Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación	Evidencia en notas de historia clinica en Dinamica gerencial, correo electronico de reporteparticularessantaclara@gmail.com y grupo whatssap de trabajo social, autorizaciones y facturacion

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	A traves de la atencion presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes	En el mes de mayo se sencibilizo a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restriccion de visitas de los pacientes de Sanrafael I,IIY III Y de santa maria
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Orfeo - drive de largasestanciassantaclara@gmail.com
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. C	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON ORFEOS ABIERTOS	Actas de reunion

Observaciones:
TURNO DE FIN DE SEMANA PROGRAMADOS PARA 25 Y 31 DE MAYO DEL 2020

Firma del Contratista

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

C.C. 52.107.606 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	Jefe de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52107606
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 73 52 36	TELÉFONO:	8043808
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	51583111952	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0337479013				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 39.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.500	$ 0	$ 39.500
SUBTOTALES:										**$ 39.500**	**$ 0**	**$ 39.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 164.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164.300	$ 0	$ 0	$ 164.300
SUBTOTALES:													**$ 164.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 164.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 32.100	$ 32.100	$ 0	$ 0	$ 32.100
SUBTOTALES:									**$ 32.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 32.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52107606	BAQUERO MOLINA GOVANNA CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.314.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.314.000	$ 39.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 39.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.314.000	$ 164.300	$ 0	$ 164.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.314.000	52107606	$ 32.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 235.900

Planilla Pagada

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.

NOTA DE TURNO

N° INGRESO: 10936471 **FECHA DE INGRESO:** 24/05/2020 8:46:46 p. m.
FECHA DE FOLIO: 25/05/2020 9:10:42 a. m. **N° FOLIO:** 4

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 53892785 **IDENTIFICACION:** 53892785 **EDAD:** 37 Años \ 9 Meses \ 10 Dias

NOMBRE PACIENTE: CLAUDIA LUCIA MUNEVAR VERGARA **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/08/1982 12:00:00 a. m. **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SISBEN NIVEL 3
ENTIDAD: EPD001 **TIPO DE REGIMEN:** Vinculado
DIRECCION: CARRERA 86F 36 99 SUR **TELEFONO:** 8071913 **PROCEDENCIA:** LOC. KENNEDY

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: DUVAN MUNERVA **DIRECCION RESPONSABLE:** CARRERA 86F 36 99 SUR **TELEFONO RESPONSABLE:** 3203463935

LABORATORIOS

	Resultado	Fecha	Observación
Hepatitis B			
Sifilis			
Vih			

DIAGNOSTICOS

CIE10	DECRIPCION
Z658	Z658 - OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES

NOTA DE TURNO

Paciente ingreso a la institución con cuadro de ansiedad y agitación psicomotora, en valoración con psiquiatria la paciente junto a familiar solicitan salida voluntaria, al igual, es de anotar que la paciente en comprobador de derechos registraba retrada de EPS-S Ecoopsos y no se encuentra caracterizada mediante puntaje del SISBEN y desde el área de autorizaciones dando cumplimiento al Decreto 064 se disponia a realizar afiliación de la paciente ante Secretaria de Salud mediante afiliación oficiosa la cual también es rechazada por la paciente y familiar afirmando y dejando constancia por escrito que realizaran tramites para su afiliación ante EPS-C Compensar.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

Profesional: GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA
Registro Medico: 068635212-R
Especialidad: TRABAJO SOCIAL UHMES SANTA CLARA SCO

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3929 200	**C.D.P. No.:**	756	**Proceso al que pertenece:**	Servicio al Ciudadano y Participacion Comunitaria
				Unidad a la que pertenece:	CAPS Perseverancia

Nombre del Contratista: YURY ALEJANDRA PICO GONZALEZ **C.C.** 1.020.776.351 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-03-31 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-26 **Valor Mensual:** $ 1.499.000 **Valor a cobrar:** $ 1.499.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ABRIL	$ 1.499.000	$ 190.300	8815256120 / 1029204698
2	MAYO	$ 1.499.000	$ 271.700	8816060470 / 1029794756
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.497.000	$ 4.497.000	$ 2.998.000	$ 1.499.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE PEDAGOGIA, 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 , EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE SERVICIO INTEGRAL DE ATENCION A LA MUJER. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 -2019

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Conocer, cuidar y atender las necesidades de los niños y niñas que sean dejados en la guardería del Servicio de Atención Integral a la Mujer.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
2	Llevar a cabo seguimiento de las actividades y de la participación de los niños en las mismas.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
3	Llevar registro de los niños que son dejados en la guardería y entregar informe diario al lider del CAPS.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
4	Prevenir posibles accidentes e intervenir en situaciones de emergencia.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
5	Participar en la elaboración de material didáctico y formativo.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
6	Apoyar a los padres y cuidadores en la supervisión de los niños dejados en la guarderia.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
7	Organizar juegos y actividades de entretenimiento para los niños.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano

8	Realizar vigilancia permanente de las actividades de niños.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
9	Impartir instrucción a los niños sobre hábitos de vida saludable.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
10	Velar por el mantenimiento y conservación de la infraestructura y equipamiento de la guarderia.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
11	Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientosestablecidos por la Jefatura.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
12	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los padres y/o cuidadores de los niños en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
13	Orientar a los padres y/o cuidadores de los niños que asisten al CAPS de la Subred en el modelo de atencion integral en salud.	Se brinda apoyo como orientadora a los usuarios en general , ya que por Pandemia COVID-19, no se ha activado el Servicio de Atencion Integral a la Mujer para ejecucion de funciones establecidas.	Formato Lista de Asistencia - Capacitación a usuarios MI-SP-FT-004 entregados a la Referente para subir al Drive / Servicio al Ciudadano
14	Las demas Obligaciones especificas designadas por el supervisor del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se cumple con las demas obligaciones que me sean designadas dentro de lo establecido por el Lider de la Unidad y Supervisor del Contrato.	Elaboracion de encuestas de sastisfaccion , derechos y deberes y portafolio según meta establecida.

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. 1.020.776.351 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Marcela Castellanos Cabrera
CARGO:	Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-05-18, 01:32:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1029794756

Periodo Cotización: abril de 2020 **Periodo Servicio:** abril de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8816060470

PAGADO 18/05/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURY ALEJANDRA PICO GONZALEZ		
Documento	CC1020776351	**Dirección**	CR 17B #180 - 62 INT 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	540
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1020776351	YURY ALEJANDRA PICO GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(ZI0201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877,803	$ 140,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877,803	$ 109,800	2.436	$ 877,803	$ 21,400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271,700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877,803	$ 877,803	$ 877,803	$ 0	$ 140,500	$ 109,800	$ 21,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271,700	$ 0	$ 271,700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3952 2020	**C.D.P. No.:**	771	**Proceso al que pertenece:**	Atención al Usuario y Participación Social
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	DIANA PAOLA OLIVEROS M	**C.C.**	38.140.927	**de:**	IBAGUE TOLIMA
Fecha Inicio:	2020-04-01	**Fecha Terminación incial:**	2020-06-26	**Valor Mensual:**	$ 3.282.642	**Valor a cobrar:**	$ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6 300.020	771	2020-05-01	2020-06-26
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ABRIL-2020	$ 3.282.642	$ 275.300	9404964456
2	MAYO -2020	$ 3.282.642	$ 228.800	9405402803
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.582.662	$ 9.582.662	$ 3.282.642	$ 3.017.378

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL AREA DE LA SALUD, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SANTA CLARA	Atencion presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado 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 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares en los servicios.
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico tsesantaclara@gmail.com, donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SIDMA
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Cuando fue requerido se realizo Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación	Evidencia en notas de historia clinica en Dinamica gerencial, correo electronico de reporteparticularessantaclara@gmail.com y grupo whatssap de trabajo social, autorizaciones y facturacion
8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	A traves de la atencion presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes	En el mes de mayo se sencibilizo a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restriccion de visitas nota en dinamica QX San pablo 1 y 2 Santa Ines.

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Orfeo - drive de largasestanciassantaclara@gmail.com
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. C	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON ORFEOS ABIERTOS	Actas de reunio

Observaciones:
TURNO DE FIN DE SEMANA PROGRAMADOS PARA 23 Y 24 DE MAYO DEL 2020

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. 38.140.927 **de** IBAGUE TOLIMA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	Jefe de Participacion 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 38140927		OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 D # 121 C # 51 ARBOLEDA 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	00151147	9405402803	I	2020/05/08	2020/05/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$228,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,300	$0	$0	$38,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$38,300	$0	$0	$38,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,100	$0	$0	$31,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,100	$0	$0	$31,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,400	$0	$0	$159,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$159,400	$0	$0	$159,400
TOTAL				1	$228,800	$0	$0	$228,800

2020/05/18 01:16 PM

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad Departamento	Celular
CC 38140927		OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dipaoliveros@gmail.com	BOGOTA BOGOTA D.E.	3166604467

Clave: 9406901712

Periodo Pensión: 2020-04 **Periodo Salud: 2020-04**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2020/06/03	26	$0	$6,800
2020/06/04	0	$0	$6,800
2020/06/05	0	$0	$6,800
2020/06/08	0	$0	$6,800
2020/06/09	0	$0	$6,800
2020/06/10	0	$0	$6,800
2020/06/11	0	$0	$6,800
2020/06/12	0	$0	$6,800
2020/06/16	0	$0	$6,800
2020/06/17	0	$0	$6,800

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$1,100
PROTECCION		1	$1,100
ARL	1	1	$900
SEGUROS BOLIVAR		1	$900
EPS	1	1	$4,800
FAMISANAR		1	$4,800
SUBTOTAL			$6,800
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$6,800

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38140927		OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 D # 121 C # 51 ARBOLEDA 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04		9406901712	N	2020/05/08			26	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$38,257	$1,100			$38,257	$4,800			$0	$0			$38,257	$900		$0	$0		$6,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$38,257	$1,100			$38,257	$4,800			$0	$0			$38,257	$900		$0	$0		$6,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$38,257	$1,100			$38,257	$4,800			$0	$0			$38,257	$900		$0	$0		$6,800
1	CC	38140927	OLIVEROS DIANA									A									230201	30	($1,274,800)	($38,300)	EPS017	30	($1,274,800)	($159,400)		0	$0	$0	14-7	30	($1,274,800)	($31,100)	0	$0	$0	No	($228,800)
2	CC	38140927	OLIVEROS DIANA							X	C										230201	30	$1,313,057	$39,400	EPS017	30	$1,313,057	$164,200		0	$0	$0	14-7	30	$1,313,057	$32,000	0	$0	$0	No	$235,600
Total Afiliados(1)																							$38,257	$1,100			$38,257	$4,800			$0	$0			$38,257	$900		$0	$0		$6,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38140927		OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 D # 121 C # 51 ARBOLEDA 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04		9406901712	N	2020/05/08			26	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$0	$0	$1,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,100	$0	$0	$1,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$0	$0	$900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$900	$0	$0	$900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,800	$0	$0	$4,800
TOTAL				**1**	**$6,800**	**$0**	**$0**	**$6,800**

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 38140927		OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 D # 121 C # 51 ARBOLEDA 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	01247613	9406901712	N	2020/05/08	2020/06/03	BANCO DE OCCIDENTE	26	$6,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$0	$0	$1,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,100	$0	$0	$1,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$0	$0	$900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$900	$0	$0	$900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,800	$0	$0	$4,800
TOTAL				1	$6,800	$0	$0	$6,800

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 38140927		OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 D # 121 C # 51 APROLDES 7	BOGOTA BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	01247613	9406901712	N	2020/05/08	2020/06/03	BANCO DE OCCIDENTE	26	$6,800

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)					**$38,257**	**$1,100**			**$38,257**	**$4,800**			**$0**	**$0**			**$38,257**	**$900**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$38,257**	**$1,100**			**$38,257**	**$4,800**			$0	$0			**$38,257**	**$900**		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$38,257**	**$1,100**			**$38,257**	**$4,800**			$0	$0			**$38,257**	**$900**		$0	$0
1	CC	38140927	OLIVEROS DIANA	230201	30	($1,274,800)	($38,300)	EPS017	30	($1,274,800)	($159,400)		0	$0	$0	14-7	30	($1,274,800)	($31,100)	0	$0	$0
2	CC	38140927	OLIVEROS DIANA	230201	30	$1,313,057	$39,400	EPS017	30	$1,313,057	$164,200		0	$0	$0	14-7	30	$1,313,057	$32,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$38,257**	**$1,100**			**$38,257**	**$4,800**			**$0**	**$0**			**$38,257**	**$900**		**$0**	**$0**

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.

RESPUESTA INTERCONSULTA

900959051

FECHA DE FOLIO: 09/05/2020 10:02:51 a.m. N° FOLIO:9

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 20159390 **IDENTIFICACION:** 20159390 **EDAD:** 80 Años \ 9 Meses \ 7 Días
NOMBRE PACIENTE: MIRYAM SUAREZ GONZALEZ **FECHA DE NACIMIENTO:** 20/08/1939 12:00:00 a.m. **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: RS206 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CARRERA 24 # 45 C 58 **TELEFONO:** 3158509337 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 10898222 **FECHA DE INGRESO:** 08/05/2020 05:18:30 p.m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: MARCO ALAGUNA **DIRECCION RESPONSABLE:** 0 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3158509337

RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA	1SCH01 - SANTA CLARA HOSPITALIZACION GENERAL
ESPECIALIDAD	MEDICINA CONS EXT-URG-HOSP SCO
ANALISIS SUBJETIVO	PACIETNE 81 AÑOS BAJA RED E APOYO,
ANALISIS OBJETIVO	VALIDACION Y VERIFICACION RED DE APOYO FAMILIAR QUIEN CUENTA ACOMPAÑAMIENTO DEL SEÑOR MARCO.CON NUMERO DE COBTACTO QUIEES ENCARGADO EN EL MOMENTO DE SALIDA Y UBICACION DE LA PACIENTE SIENDO EL EL CUIDARSE CIERRA CASO POR TRABAJOS SOCIAL.
RESPUESTA	RED DE APOYO SOCIAL EL SEÑOR MARCO ALAGUNA CON NUMEOR DE CONTACTO 3153509337 QUIEWN MANIFIESTALOS HIJOS DE LA PACIENTE SE ENCUENTRAN EN ESPAÑA SIENDO ELLOS QUIENES LE ENVIAN DINERO PARA LOS GASTOS DEL HOGAR REFIERE VIVIE EN APARTAMENTO DE UNO DE LOS HIJOS EN EL BARRIO PALERMO DIRECICION CARRERA 24 NUMERO 45C 58 APT 402 QUIEN VIVIE SOLA.
DIAGNOSTICO	S721 - FRACTURA PERTROCANTERIANA
TRATAMIENTO	REFIERE EL SEÑOR MARXO SE ENCUENTRA TRAMITANDO INSTITUCION PARA SU MOMENTO DE EGRESO.YA QUE LA PACIENTE NECESITA CUIDADOS MEDICOS Y CONTINUAR CON EL PROCESO SOLICTADO POR MEDICO TRATAN

DIAGNOSTICOS

CIE 10	DESCRIPCION
S721	S721 - FRACTURA PERTROCANTERIANA

Profesional:DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
Registro Medico: 38140927
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

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

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.

NOTA DE TURNO

N° INGRESO: 10898966 **FECHA DE INGRESO:** 09/05/2020 11:50:38 a.m.
FECHA DE FOLIO: 10/05/2020 11:21:44 a.m. **N° FOLIO:** 83

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 575196304 **IDENTIFICACION:** 575196304 **EDAD:** 58 Años \ 10 Meses \ 2 Días

NOMBRE PACIENTE: DIANE ANN MARIE SAULNY **FECHA DE NACIMIENTO:** 25/07/1961 12:00:00 a.m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Casado **NIVEL / ESTRATO:** SISBEN NIVEL 3
ENTIDAD: FFD001 **TIPO DE REGIMEN:** Vinculado
DIRECCION: CALLE 15 10 81 **TELEFONO:** +17607928783 **PROCEDENCIA:** LOC. SANTAFE

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: DAVID LONDOÑO **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 15 N 10 81 **TELEFONO RESPONSABLE:** +17607928783

LABORATORIOS

	Resultado	Fecha	Observación
Hepatitis B			
Sífilis			
Vih			

DIAGNOSTICOS

CIE10	DECRIPCION
Y919	Y919 - ALCOHOLISMO, NIVEL DE INTOXICACION NO ESPECIFICADO

NOTA DE TURNO

PACIENTE QUIEN INGRESA EL DIA 9 DE MAYO A LA UNIDAD SANTA CLARA EL DIA 9 DE MAYO 2020 CON DX INICIAL Y919 QUIEN ES REMITIDA POR AMBULANCIA DESDE EL BARRIO SANTA FE, CON ACOMPAÑANTE EL SEÑOR DAVID LONDOÑO SIN NUM EOS DE CONTACTO.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

DESDE TRABAJO SOCIAL SE REALIZA ENTREVISTA CON LA SEÑIRA DIANE QUIEN REFIERE SER DE CALIFORNIA LLEGO HACE 4 AÑOS A COLOMBIA,REFIERE PAGA DIARIO EN EL BARRIO SANTA FE SIN RED DE APOYO FAMILIAR EN COLOMBIA , SOLO CUENTA CON RED DE APOYO SOCIAL AMIGOS DE LA VIVIENDA. PACIENTE NO BRINDA NUMEROS DE CONTACTO NI DIRECIONE, SOLO MANIFIESTA TENER DOS HIJAS EN CALIFORNIOA LA SEÑORA HANNNA GRIFEN SAULNY Y SOFIA GRIFEN SAULIYN SIN CONTACTO TELEFONCOS CON ELLAS.PACIENTE MAL INFORMANTE SIN DIRECCIONES NI NUMEROS DE CONTACTO PACIENTE CON CARACTERISTICAS PROPIAS DE HABITABILIDAD DE CALLE MAL INFORMANTE.DESDE TRABAHO SOCIAL SE REALIZA REPORTE A FISCALIA NUMERO WHAPSAAT Y SE ENVIA CORREO A EMBAJADA AMERICA CON INFORMACION QUE BRINDA LA PACIENTECAOS ENE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL.

Profesional:DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
Registro Medico: 38140927
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

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.

NOTA DE TURNO

N° INGRESO: 10869414 **FECHA DE INGRESO:** 26/04/2020 01:27:50 p.m.
FECHA DE FOLIO: 19/05/2020 03:42:27 p.m. **N° FOLIO:** 95

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1033769104 **IDENTIFICACION:** 1033769104 **EDAD:** 25 Años \ 8 Meses \ 7 Días
NOMBRE PACIENTE: OMAR GIOVANY VADILLO MOLINA **FECHA DE NACIMIENTO:** 19/09/1994 12:00:00 a.m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CCF053 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: 0 **TELEFONO:** 3222880403 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: . . **DIRECCION RESPONSABLE:** . **TELEFONO RESPONSABLE:**.

LABORATORIOS

	Resultado	Fecha	Observación
Hepatitis B			
Sífilis			
Vih			

DIAGNOSTICOS

CIE10	DECRIPCION
R100	R100 - ABDOMEN AGUDO

NOTA DE TURNO

PACIENTE CON RED D E APOYO FAMILIAR PRESENTE DESDE INGRESO DEL PACIENTE

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

PROGENITORA LA SEÑORA ROSA CON NUMERO DE CONTACTO 3124987930 QUIEN SE CONOCE DESDE INGRESO DEL PACIENTE CON EL CUAL SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LA HOSPITALIZACION DEL PACIENTE ASI COMO INFORMACION DEL PACIENTE Y CONTACTO CON MEDICOS TRATANTES .PACIENTE A LA CUAL SE LE MARCA EN REPETIDAS OCASIONES PARA QUE AISISTA EL DIA DE MAÑANA 20 DE MAYO DE 2020 QUIEN MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTAR

Profesional:DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
Registro Medico: 38140927
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

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.

NOTA DE TURNO

N° INGRESO: 10902903 **FECHA DE INGRESO:** 11/05/2020 10:05:37 p.m.
FECHA DE FOLIO: 18/05/2020 03:30:53 p.m. **N° FOLIO:** 23

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 52044362 **IDENTIFICACION:** 52044362 **EDAD:** 54 Años \ 10 Meses \ 16 Días

NOMBRE PACIENTE: MARIA DE LOS ANGELES MORENO TARAZONA **FECHA DE NACIMIENTO:** 10/07/1965 12:00:00 a.m. **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 2
ENTIDAD: RS206 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CARRERA 18A 2 19 PISO 2 AP 202 **TELEFONO:** 3117480611 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: REIMON GARCIA **DIRECCION RESPONSABLE:** CARRERA 18A 2 19 PISO 2 AP 202 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3117480611

LABORATORIOS

	Resultado	Fecha	Observación
Hepatitis B			
Sífilis			
Vih			

DIAGNOSTICOS

CIE10	DECRIPCION
K800	K800 - CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA

NOTA DE TURNO

PACIENTE CON DEBIL RED DEPAOOY FAMILIAR

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

PACIEN TE QUIEN MANIFIESTA NO CUENTA CON LOS RECURSOISO ECONOMICOS PARA CANCELAR LA TOTALIDAD DE LA CUENTA COPAGO PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD NATURAL DE SANTANDER BUCARAMANGA QUIEN DESDE A LOS 25 AÑOS VIVE EN VENEZUELA ESTADOS VARINAS QUIEN LLEGO A COLOMBIA NUEVAMENTE HACE 12 MESES CON SUS DOS HIJOS JHOANNA CALLEJAS DE 27 AÑOS DE NACIONALIDAD VENEZOLANA QUIEN SE DEDICA A LA VENTA INFROMA DE TINTOS Y LA HIJA KAREN CALLEJAS DE DICADA AL TRABAJOA INFROMAL REALIZANDO TURNOS COMO AYUDANTE DE COCINA EN EL BARRIO MOLINOS DE LA LOCALIDAD DE USME.QUIEN REFIERE LOGRARON CONSEGUIR $100.000 PESOS PARA ANEXAR AL COPAGO, MANIFESTANDO QUE LAS UNICAS PERSONAS QUIENES CUBREN LOS GASTOS DEL HOGAR SON LAS DOS HIJAS QUIENES TRABAJAN EN LAS VENTA AMBULANTE DE TINTO Y AUXILAR DE COCINA DE FORMA IRREGULAR UN DIA SI Y UN DIA NO CON INGRESOS BAJOS E INESTABLES.SE INFROMA AL AREA DE FACTURACION PARA TRAMITE PERTINENTE.

Profesional:DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
Registro Medico: 38140927
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [9000500E1-7]

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	3955-20	**C.D.P. No.:**	771	**Proceso al que pertenece:**	Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
				Unidad a la que pertenece:	Unidad Prestadora de Servicios San Blas
Nombre del Contratista:	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE			**C.C.**	80.723.517 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-04-01	**Fecha Terminación inicial:**	2020-06-26	**Valor Mensual:**	$ 3.083.694 **Valor a cobrar:** $ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.300.020	1091	2020-04-01	2020-06-26
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ABRIL	$ 3.282.642	$ 394.500	1029287820
2	MAYO	$ 3.282.642	$ 228.800	1029879613
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 9.582.662	$ 9.582.662	$ 6.565.284	$ 3.017.378

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE TRABAJADOR SOCIAL, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE APOYO AL AREA ASISTENCIAL Y DEMAS ASIGNADAS EN E MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 2019, EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, DESDE LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO OREINTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	Se realizaron asesorias u orientaciones en aseguramiento verificando en bases de datos y basadas en la norma vigente. Se gestionó la atención de pacientes en unidades de mediana y baja complejidad.	Se orienta desde la oficina de trabajo social a los cuidadanos en tramites administrativos sobre la atencion en salud
2	Relizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Se realiza actualización permanente en la base de datos (drive) y se realiza nota en la historia clinica de las gestiones realizadas.	Se ingresa los datos de los pacientes en abandono social y se gestiona lo pertinente
3	Realizar seguimiento a censo hospitalario diario destinado 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 Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano	Se realiza censo hospitalario en la unidad correspondiente según programación de turnos.	Se identifican las barreras de acceso y las dificultades de aseguramiento de los usuarios, registrado en el formato establecido y se reporta a la oficina detrabajo social
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Se realiza tramite de oxigeno domiciliario a pacientes en abandono social o que no tengan red de apoyo familiar	se realiza Tramite de solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes en especial FFD
5	Realizar los tramites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros segun cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred	Se realizan los reportes respectivos de las pacientes identificados como habitantes de calle al correo designado para programar la respectiva visita de verificación.	Se realiza las gestiones pertinentes para certificar la poblacion habitante de calle
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.	Mensualmente se realiza seguimiento a las actividades registradas en el aplicativo SIDMA por parte de los miembros de la oficina de atención al usuario	Con el usuario de SIDMA asignado se realiza el registro de los(a) pacientes
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva.	Las atenciones brindadas a la población gestante son resolutivas y amables	Se realiza desde la oficina de Trabajo Social orientaciones en tramites administrativos a usuarios que asi lo requieran a demanda según asistencia a la unidad
8	Asistir tecnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfccion asignadas al proceso.	Se realiza de manera mensual la aplicacion, seguimiento y verificacion a las encuestas de satisfacción correspondiente a las unidad de san Uhmes San Blas	Desde la oficina de trabajo social se identifican las barreras de acceso durante la gestión diariay la aplicación de encuestas
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaria de Integración Social y/o pacientes que reciben este tipo de población.	Se realiza reporte a Secretaria de Integración Social de los pacientes en abandono para visita de validación asi mismo se gestiona con hogares y fundaciones sin animo de lucro	Se realiza las gestiones pertinentes para ubicar la poblacionen abandono social
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades contenidas en el formato de necedidad de personal que hace parte integral del presente contato	Se cumple a cabalidad con las actividades designadas en el contrato y las demás designadas según la necesidad del servicio.	asistir a reuniones y procesos administrativos segun la necesidad del servicio

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. 80.723.517 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS
CARGO:	Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creacion reporte: 2020-06-03, 09:46:53 AM | Tipo Planilla: N PLANILLA CORRECCIONES | Numero Planilla: 1030241562

Nro Planilla Corregida: 1029879813 | Periodo Cotización: abril de 2020 | Periodo Servicio: abril de 2020 | Referencia pago (PIN): 881994511 0

PAGADO 03/06/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE		
Documento	CC80723517	Dirección	CR 17H #70 B - 24 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3138698265
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas					Parafiscales			Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80723517	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE	59	00																						(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1.313.057	$ 39.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.313.057	$ 144.200	2.436	$ 1.313.057	$ 32.000	(ARN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.600
CC 80723517	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE	59	00									C									0	30	30	0	(230301) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1.313.057	$ 39.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.313.057	$ 144.200	2.436	$ 1.313.057	$ 32.000	(ARN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educacion	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 38.254	$ 38.254	$ 38.254	$ 0	$ 1.100	$ 4.800	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 0	$ 6.800

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creacion reporte: 2020-05-15 03:54:42 PM

Tipo Planilla: 1 PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1029879813

Periodo Cotización: abril de 2020

Periodo Servicio: abril de 2020

Referencia pago (PIN): 8818056770

PAGADO 15/05/2020

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE
Documento	CC80723517
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

Dirección	CR 17H #70 B - 24 SUR
Teléfono	3138698265
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
ARP	SEGUROS BOLIVAR

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
80723517	FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE	1	0																		30	30	30	0	(230201) PROTECCION (CNG + PROTECCION)	$ 1.274.803	$ 38.300	(16) PORVENIR COMPENSAR EPS	$ 1.274.803	$ 159.400	0.436	$ 1.274.803	$ 31.100	(14) CCF NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.274.803	$ 1.274.803	$ 1.274.803	$ 0	$ 38.300	$ 159.400	$ 31.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.800	$ 0	$ 228.800

¡El Poder de la SIMPLE!

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 68 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 74186

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE
Nombre USS: HOSPITAL CENTRO ORIENTE
NIT: 8300776445
Punto de Atención: Hospital San Blas
Trabajador Social: FABIO NELSON LOPEZ VEJCHE
Tarjeta Profesional: 80723517
Fecha Estudio: 31/05/2020

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

Identificación: AS: VEN27669989
Nombre: BREA RIVA GABRIELA NAZARETH
F. Nacimiento: 10/05/2000
Dirección: CARRERA 10 CON 1 DE MAYO
Departamento:
Localidad: SAN CRISTOBAL
Barrio: CALVO SUR
Estrato: 2
Celular: 3103225789
Teléfono:
Email
Nacionalidad: VENEZUELA
Etnia: Ninguno de los anteriores
Estado Civil: Union marital de hecho
Sexo: Mujer
Género: Femenino
Orien. Sexual: Heterosexual
M. Gestante: No Aplica
Discapacidad: No aplica
Datos SISBEN:
Ficha:
Puntaje:
Nº Solicitud: 99999999
Datos Acudiente:
Identificación:
Nombre:
Teléfono:

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

SE APERSONA AL UMHES SAN BLAS LA SEÑORA GABRIELA NAZARETH BREA RIVAS SOLICITANDO LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD POR FONDO FINANCIERO DISTRITAL
COMO POBLACIÓN VINCULADA, DEBIDO A QUE ARGUMENTA NO CAPACIDAD DE PAGO PARA AFILIARSE A UNA EPS CONTRIBUTIVA O PAGAR EL 100% DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERA, SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL FIN DE SOPORTAR LA ATENCIÓN POR FONDO FINANCIERO DISTRITAL. SE REALIZA VERIFICACIÓN EN BASES DE DATOS DE LO CUAL SE EVIDENCIA ADRES, COMPROBADOR DE DERECHOS Y DNP NO REGISTRA

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

PACIENTE DE 20 AÑOS DE NACIONALIDAD VENEZOLANA QUIEN SE ENCUENTRA DE MANERA IRREGULAR EN EL TERRITORIO COLOMBIANO DESDE HACE 7 MESES Y QUIEN INGRESA POR PACIENTE CON CUADRO CLINICO APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO, SE IRRADIA A HEMIABDOMEN INFERIOR, NAUSEAS, EMESIS CONTENIDO ALIMENTARIO, DISURIA OCASIONAL, POLIAQUIURIA, TENESMO VESICAL,. DISTENSION ABDOMINAL, NIEGA PICOS FEBRILES, NO DIARREA. NO SE AUTOMEDICO. NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS Y/O CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTES SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS PARA CORONAVIRUS.

ANÁLISIS FAMILIAR

TIPOLOGIA: SOMBRA UNIPERSONAL PACIENTE QUE VIVE CON EL NOVIO PERO MANIFIESTA QUE EN SI SE ENCUENTRA SOLA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 74142

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Hospital San Blas

Trabajador Social: FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE | **Tarjeta Profesional:** 80723517 | **Fecha Estudio:** 30/05/2020

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

Identificación: AS VEN24808691	**Nombre:** ROMERO GARCIA DANIEL ANTONIO		
F. Nacimiento: 08/03/1995	**Dirección:** NO REPORTA		
Departamento:	**Localidad:** SAN CRISTOBAL	**Barrio:** SAN BLAS II SEC	
Estrato: 1	**Celular:** 3222884880	**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

SE ACERCA AL UMHES SAN BLAS EL SEÑOR DANIEL ANTONIO ROMERO GARCIA SOLICITANDO LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD POR FONDO FINANCIERO DISTRITAL
COMO POBLACIÓN VINCULADA, DEBIDO A QUE ARGUMENTA NO CAPACIDAD DE PAGO PARA AFILIARSE A UNA EPS CONTRIBUTIVA O PAGAR EL 100% DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERA, SE REALIZA ESTUDIO SOCIAL DE CASO Y ACTA JURAMENTADA CON EL FIN DE SOPORTAR LA ATENCIÓN POR FONDO FINANCIERO DISTRITAL. SE REALIZA VERIFICACIÓN EN BASES DE DATOS DE LO CUAL SE EVIDENCIA ADRES, COMPROBADOR DE DERECHOS Y DNP NO REGISTRA.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

PACIENTE DE [illegible] AÑOS DE NACIONALIDAD VENEZOLANA QUIEN SE ENCUENTRA DE MANERA IRREGULAR EN EL TERRITORIO COLOMBIANO Y QUIEN INGRESA POR REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE UNA SEMANA DE EVOLUCION, DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA EL CUAL CEDIA CON ANALGESICOS QUE SE AUTOMEDICABA, SE AGUDIZO DESDE LA NOCHE ANTERIOR Y NO HA CEDIDO CON AUTOMEDICACION, POR LO CUAL ASISTE. NO REFIERE SINTOMAS ASOCIADOS [illegible] CONTACTO CON PACIENTE CONSOSPECHA O DIAGNOSTICO DE COVID 19. DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES

ANTECEDENTES FAMILIARES:

[illegible] PROFESIONAL, MENCIONA QUE FAMILIA SE ENCUENTRA EN VENEZUELA Y QUE POR EL MOMENTO VIVE CON LA NOVIA

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3956 2020	**C.D.P. No.:**	1091 – 2020
Proceso al que pertenece:	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		
Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA VICTORIA		

Nombre del Contratista: WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN **C.C.** 1.073.690.590 **de:** SOACHA

Fecha Inicio: 2020-03-31 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-26 **Valor Mensual** $ 3.282.642 **Valor a cobrar:** $ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.300.020	1091	2020-04-30	2020-06-26
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	ABRIL	$ 3.282.642	$ 0	0
2	MAYO	$ 3.282.642	$ 271.700	1029605122 / 1029654236
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.282.642	$ 9.582.662	$ 6.565.284	$ 3.017.378

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL AREA DE LA SALUD, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el period **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	Se brinda orientación e información general que solicita el usuario con base en puntos de atención de la SUBRED que beneficien sus necesidades y faciliten el acceso a los servicios de salud.	56 ESTUDIOS SOCIALES DE CASO
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	Se realizan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el area de trabajo social para realizar estudios de caso e instrumentos provisionales. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social.	56 RESGITROS BASES EN DRIVE
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado 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 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Se desarrollan oportunamente las actividades correspondientes al servicio de Trabajo Social en los servicios según lineamientos estipulados por los programas. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante: UCI intermedios e intensivos neonatal, Recien Nacidos Basicos, Aislados neonatal iniciándose la respectiva intervención.	CENSO DIARIO RESPUESTA DE INTERCONSULTAS
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que asi lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se realiza gestión de acuerdo a los requerimientos presentados	Archivo en base de datos DRIVE
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se desarrollan oportunamente las gestiones y trámites correspondientes al servicio de Trabajo Social en los servicios de hospitalización y urgencias, referidos a la atención de población vulnerable. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención.	RESPUESTA DE INTERCONSULTAS
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	Se realiza registro con base a los requerimientos presentados	Registro de informe cargado SIDMA

7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva.	Se orientan a las madres gestantes en el proceso de afiliacion o dependiendo la situacion socio economica en que este se le realiza estudios social de caso e instrumento provisional, tambien se reporta a primer nivel por medio de ficha SIVIM.	DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE FICHA SIVIM
8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	Se realiza sensibilización a usuarios y/o acompañantes permitiendo que ellos conozcan sus derechos y deberes en salud	RESPUESTA DE INTERCONSULTAS Y NOTAS DE SEGUIMIENTO
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaria Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Se realiza gestión de acuerdo a los requerimientos presentados	Archivo en base de datos DRIVE
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se da respuesta a las actividades acordadas, y a los horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se anexa planilla de pago de seguridad social correspondiente al mes de Abril de 2020	Archivos diligenciados Planilla de pago

Observaciones:	Wilson Moreno **Firma del Contratista**
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	**C.C.** 1.073.690.590 **de** SOACHA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE PARTICPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-05-19, 09:07:13 PM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1029654236

Planilla Corregida Nro 1029605122 **Periodo Cotización** 202004 **Periodo Servicio** 202004

Cliente:

PAGADA 2020-05-15 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON ENRIQUE MORENO GARZON				
Documento	CC 1073690590	**Dirección**	CR 11C #16 A - 23		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7293644		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1073690590		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MORENO GARZON WILSON ENRIQUE	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																		Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
							C								0	30	30	30	0			230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPSC22		12.5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 877.803	$ 21.400	N/A-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS-S CONVIDA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-05-19, 09:07:32 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1029605122

Periodo Cotización 202004 Periodo Servicio 202004

Cliente:

PAGADA 2020-05-07

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON ENRIQUE MORENO GARZON				
Documento	CC 1073690590	Dirección	CR 11C #16 A - 23		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7293644		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1073690590		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					MORENO GARZON WILSON ENRIQUE	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 877.803	230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	FPSC22		12.5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	14-73	1	0.522 %	$ 877.803	$ 4.600	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS-S CONVIDA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-06-03 01:28:26 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1030239624

Nro Planilla Corregida: 1029654236 **Periodo Cotización:** abril de 2020 **Periodo Servicio:** abril de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8819942740

PAGADO 03/06/2020

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON ENRIQUE MORENO GARZON		
Documento	CC1073690590	**Dirección**	CR 11C #16 A - 23
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7293644
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TAE	TDE	TAP	TDP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días EPS	Días ARP	Días IBC	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
1073690590	WILSON ENRIQUE MORENO GARZON	01	00									A							0	30	30	(230501) PORVENIR	$ 677.803	$ 140.580	(EPSC22) EPS-S COMFIA	$ 677.803	$ 108.400	2.436	$ 677.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.780
1073690590	WILSON ENRIQUE MORENO GARZON	59	00									30							0	30	30	(230501) PORVENIR	$ 1.313.056	$ 210.100	(EPSC22) EPS-S COMFIA	$ 1.313.056	$ 164.200	2.436	$ 1.313.056	$ 32.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 406.300

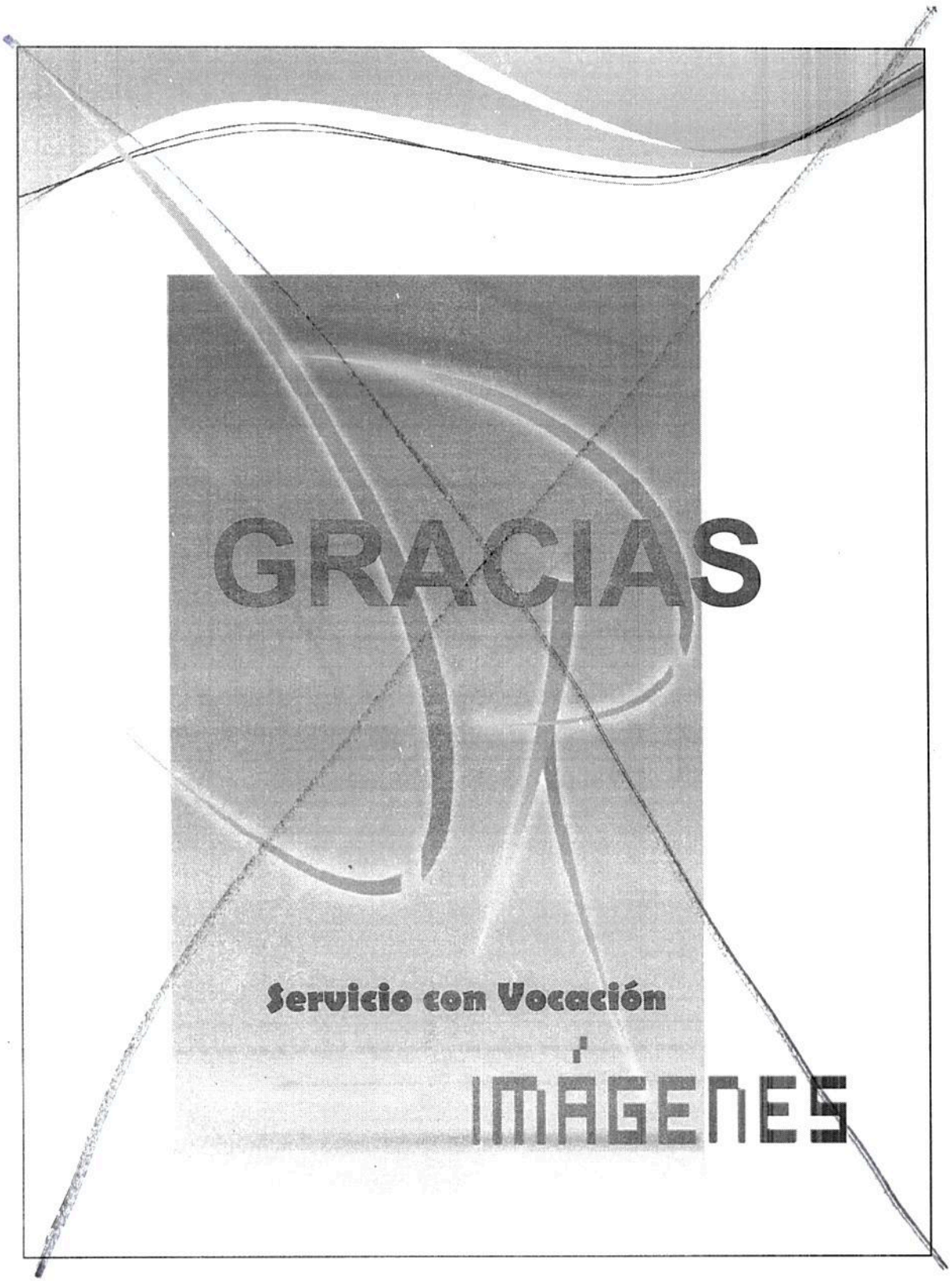
III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 431.753	$ 431.21	$ 431.253	$ 0	$ 69.600	$ 54.400	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 134.600	$ 0	$ 134.600

Lineas de Servicio ForoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!


GRACIAS
Servicio con Vocación
IMÁGENES