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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1394 2020	**C.D.P. No.:**	11 del 02 de Enero del 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: MARILUZ SALAZAR ALDANA **C.C.** 1.016.015.454 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-01-16 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-15 **Valor Mensual:** $ 3.083.694 **Valor a cobrar:** $ 3.282.642

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO 16-31	$ 1.641.321	$ 422.600	9401400455
2	FEBRERO	$ 3.282.642	$ 432.600	9402317253
3				
4				
5				
6				
7				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19.695.852	$ 19.695.852	$ 4.923.963	$ 14.771.889

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:** 2020-02-01 **Hasta:** 2020-02-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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.
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 Asi mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social.
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 de Neonatología y plan canguro según lineamientos estipulados por los programas. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención.
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnósticó 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 seguimiento a usuarios hospitalizados en condicion de abandono y oxigeno requirientes a fin de agilizar gestion bien sea de instrucionalización o egreso hospitalario en tiempo oportuno.
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.
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 realizan 40 cargas mensuales del SIDMA por profesional.

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.
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 sensibilizacion a usuarios de manera mensual permitiendo que ellos sepan sus deberes en salud y que lospuedan exigir y se realizan 23 encuestas de satisfaccion en consulta externa programa plan canguro.
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población.	Se entrega paciente en condicion de abandono social a Secretaria Distrital de Integración Social Hogar Bosque Popular.
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 alos horarios establecidos por el supervisor del contrato.

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

Martha Yulazar Aldana
TP 200561023-I
TRABAJO SOCIAL

Firma del Contratista

C.C. 1.016.015.454 **de** Bogotá

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

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 1016015454		SALAZAR ALDANA MARILUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 96J # 16D35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5450111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	560127425	9402317253	I	2020/02/13	2020/02/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$432,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,313,057	$210,100			$1,313,057	$164,200			$1,313,057	$26,300			$1,313,057	$32,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,313,057	$210,100			$1,313,057	$164,200			$1,313,057	$26,300			$1,313,057	$32,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,313,057	$210,100			$1,313,057	$164,200			$1,313,057	$26,300			$1,313,057	$32,000		$0	$0
1	CC 1016015454	SALAZAR MARILUZ	230201	30	$1,313,057	$210,100	EPS008	30	$1,313,057	$164,200	CCF24	30	$1,313,057	$26,300	14-25	30	$1,313,057	$32,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,313,057	$210,100			$1,313,057	$164,200			$1,313,057	$26,300			$1,313,057	$32,000		$0	$0

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 1016015454		SALAZAR ALDANA MARILUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 96J # 16D35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5450111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	560127425	9402317253	I	2020/02/13	2020/02/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$432,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,100	$0	$0	$210,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$210,100	$0	$0	$210,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$0	$0	$32,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$32,000	$0	$0	$32,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,300	$0	$0	$26,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,300	$0	$0	$26,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$164,200	$0	$0	$164,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$164,200	$0	$0	$164,200
TOTAL				1	$432,600	$0	$0	$432,600

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 63651

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención:	SUBRED CENTRO ORIENTE	**Nombre USS:**	HOSPITAL SAN BLAS	**NIT:**	8002163037
Punto de Atención:	Hospital Materno Infantil				
Trabajador Social:	MARILUZ SALAZAR	**Tarjeta Profesional:**	1016015454	**Fecha Estudio:**	22/02/2020

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

Identificación:	MS: VEN30540945	**Nombre:**	LEON LEON YELIZA MARIA		
F. Nacimiento:	18/07/2002	**Dirección:**	CARRERA 12 G # 19-43 SUR		
Departamento:		**Localidad:**	ANTONIO NARIÑO	**Barrio:**	CIUDAD JARDIN SUR
Estrato:	2	**Celular:**	3044557528	**Teléfono:**	0
Email:		**Nacionalidad:**	VENEZUELA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Soltero(a)	**Sexo:**	Mujer	**Género:**	Femenino
Orient. Sexual:	Heterosexual	**M. Gestante:**	Tercer trimestre	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

Ficha:	**Puntaje:**	**Nº Solicitud:**	99999999

Datos Acudiente:

Identificación:	**Nombre:**	**Télefono:**

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Paciente de 16 años de edad, Nacionalidad Venezolana sin Permiso Especial de permanencia ni registró en el sistema de salud.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Se trata de paciente de nacionalidad Venezolana de 16 años de edad, ser procedente de Caracas, la paciente relata que se encuentran residiendo Bogotá hace un mes. Llegó al país por la difícil situación política y económica en la que se encuentra su país de origen. La paciente reporta que viajo con su hijo de un año. Al no tener documentación al día situación que no le permite contar con ubicación laboral estable que le permita pagar aportes al régimen contributivo. Paciente quien requiere servicios de salud por su estado de embarazo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Familia compuesta. Paciente refiere vivir con su hijo, su hermana señora Yuleidy Carolina Gil León, el esposo de su hermana el señor Antoni Caraballo y las hijas de su hermana.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente refiere dedicarse al hogar y su hermana y cuñado laboran de manera informal como vendedores ambulantes

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

La paciente manifiesta no ser beneficiaria de ningún programa, bono o subsidio por parte del Estado.

CONCEPTO SOCIAL

Se realiza reporte a Migración. Se da directriz a la paciente para que solicite el Permiso Especial de Permanencia. Paciente se muestra receptiva, refiere aceptar y entender. Se realiza entrevista a la paciente a fin de indagar por componentes que afectan el proceso de atención en salud del paciente. Se realiza estudio social de caso partiendo del acto de buena fe. Documento válido solo para la urgencia.

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: YELITZA MARIALEON LEON

Identificación: 30540 945

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

Vigencia Estudio Social del Caso: 22/08/2020

Firma:

Marilux Salazar Saldana
TP 200561023-1
TRABAJO SOCIAL

Nombre: MARILUZ SALAZAR

Identificación: CC: 1016015454

Tarj. Profesional: 200561023-1

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.

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 63734

DATOS SUBRED - USS

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

Punto de Atención: Hospital Materno Infantil

Trabajador Social: MARILUZ SALAZAR **Tarjeta Profesional:** 1016015454 **Fecha Estudio:** 23/02/2020

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

Identificación: AS: VEN27403671 **Nombre:** ORDAZ RODRIGUEZ HADASA JAEL

F. Nacimiento: 20/09/1997 **Dirección:** Calle 18 A # 14-47

Departamento: **Localidad:** LOS MARTIRES **Barrio:** LA FAVORITA

Estrato: 2 **Celular:** 3128372887 **Teléfono:** 0

Email: **Nacionalidad:** VENEZUELA **Etnia:** Ninguno de los anteriores

Estado Civil: Unión marital de hecho **Sexo:** Mujer **Género:** Femenino

Orient. Sexual: Heterosexual **M. Gestante:** Tercer trimestre **Discapacidad:** No aplica

Datos SISBEN:

Ficha: **Puntaje:** **Nº Solicitud:** 99999999

Datos Acudiente:

Identificación: **Nombre:** **Télefono:**

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Paciente de 22 años de edad, Nacionalidad Venezolana sin Permiso Especial de permanencia ni registró en el sistema de salud.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

Se trata de paciente de nacionalidad Venezolana de 22 años de edad, Margarita Venezuela y residente hace 8 meses en Bogotá. Llegó al país por la difícil situación política y económica en la que se encuentra su país de origen. La paciente reporta que viajo con una prima señora Haziel Jari Lugo Ordaza. Al no tener documentación al día situación que no le permite contar con ubicación laboral estable que le permita pagar aportes al régimen contributivo. Paciente quien requiere servicios de salud por su estado de embarazo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Familia nuclear. Paciente refiere vivir su pareja sentimental Rafael Orlando Olivera de 39 años, de nacionalidad Colombiana

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente refiere dedicarse al hogar y su pareja sentimental labora de manera informal como vendedor ambulante.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

La paciente manifiesta no ser beneficiarios de ningún programa, bono o subsidio por parte del Estado.

CONCEPTO SOCIAL

Se realiza reporte a Migración. Se da directriz a la paciente para que solicite el Permiso Especial de Permanencia. Paciente se muestra receptiva, refiere aceptar y entender. Se realiza entrevista a la paciente a fin de indagar por componentes que afectan el proceso de atención en salud del paciente. Se realiza estudio social de caso partiendo del acto de buena fe. Documento válido solo para la urgencia.

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: Hadasa Jael Ordaz Rodriguez

Identificación: 27.403.671

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

Vigencia Estudio Social del Caso: 23/08/2020

Marilux Salazar Alvarez
TP 200561023-1
TRABAJO SOCIAL

Firma:

Nombre: MARILUZ SALAZAR

Identificación: CC: 1016015454

Tarj. Profesional: 200561023-1

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.

Scanned by CamScanner