INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.436.642							
CORREO ELECTRONICO:	luisalex0168@gmail.com				CELULAR:	3152546211							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS BOSA								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AUTORIZACIONES				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35R28	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6480174785								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	681-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			02 DE 03				
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	10869	FECHA	31/01/2021				
OBJETO DEL CONTRATO	ASISTENTE AUTORIZADOR : PRESTADOR DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE FACTURACION DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESO Y PROCEDIMIENTO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.778.049										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA	0%.								
OBSERVACION : APLICAR ARTICULO 383 (SI HAY BASE DE RETENCION)											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.334.147
VALOR EJECUTADO	$3.556.098
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.778.049
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.778.049
PORCENTAJE DE EJECUCION	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ 2,271,315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8613054207	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá mes de MARZO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ MARY TORRES RINCON
LIDER DEL PROCESO

LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	AUTORIZACIONES					Sede: USS BOSA				
No. DE CONTRATO:	681-2021	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	3	2.021		31	3	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA		C. C.	79.436.642			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Apoyo Administrativo en el Area de Facturacion como AUTORIZADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO _X___ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar verificación de derechos en la páginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	SI	Se realizó verificación de derechos en las páginas de ADRES (BDUA, compensados), Comprobador de derechos , DNP Paginas WEB, Capital salud y aplictivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a los pacientes hospitalizados en los servicios.	Registro en SIIES (módulo verificación de derechos)
Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	SI	Se realizo seguimiento y actualización de admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E a el 100% de los pacientes que ingresaron en el mes de MARZO a los servicios de Urgencias.	Registro Dinamica Gerencial (Admisones - Ingreso del paciente)
Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.	SI	Se realizo el escaneo de los documentos soportes de los usuarios que corresponden al servicio	Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3)
Aplicar los procesos y procedimientos de autorizaciones tanto de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma	SI	Se realizo gestión con los reportes de los usuarios del servico dando cumplimiento al Decreto 4747 y la Resolición 3047 de 2008	Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3)
Realizar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados(cama por cama), efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	SI	Se realizo el censo en el servicio Pediatria y Urgencias pediatricas con 21 camas y 11 cunas, se realizo seguimiento al pagador de de cada uno de los usuarios, remisiones pendietes y de pacientes particulares, se identificaron los traslados realizados y nuevos ingresos al servicio.	Bitacora de censo y registro en Dinamica Gerencial
Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida.	SI	Se realizo censo del 100% de los pacientes del servicio de Estancia Hospitalaria.	Registro en Dinamica Gerencial y SIIES
Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y así mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	SI	Se realizo registro de toda la gestion realizada a los pacientes del los servicios	Registro en SIIES
Entregar oportunamente los soportes del proceso de Autorización a los facturadores con el fin de ser anexados en cada una de las facturas generadas a las EAPB.	SI	Se elaboraron hojas de ruta y fueron entregadas al facturador del servicio como se evidencia en el libro de entrega.	Correo electronico donde se evidencia la respuesta, hoja de ruta y libro radicador.
Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).	SI	Se brindo información a pacientes y sus familiares	N/A
Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación en cuanto a reconstrucción de facturas o cierres de ingresos asignados por el referente de autorizaciones.	SI	Se realizo reconstrucción de hojas de ruta por cierre de ingresos.	Hojas de ruta entregadas por cierre de ingresos o reconstrucción de facturas.
Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Cartea y glosas en la consecución de soportes que se requiera para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	SI	Se dio respuesta a la glosa solicitada por cartera de las siguientes (E.A.P.B)	N/A

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y Letras): $ 1'778.049 UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS M/C

AUTORIZADOR LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA CC 79.436.642 DE BOGOTA

Firma de recibido supervisor LUZ MARY TORRES RINCON

Fecha MARZO DE 2021

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 02 / 2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA

CC 79.436.642 DE BOGOTA

La suma de $ 1.778049 por concepto de: APOYO ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS – ADMISIONES Y AUTORIZACIONES durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 681-2021.



LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA

CC 79.436.642 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 6480174785

Bogotá, 31 de marzo 2021

Señora,

LUZ MARY TORRES RINCÓN

Referente de autorizaciones

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

Asunto: Certificación de Incapacidad

Cordial saludo.

Me dirijo a usted con el objeto de comunicarle bajo la gravedad de juramento que, durante el mes de marzo de 2021, yo **LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA** con número de identificación: CC. 79.436.642 de Bogotá, no he recibido incapacidades por parte de mi EPS SALUD TOTAL y tampoco por parte de la ARL Sura.

Deseo aprovechar esta oportunidad para agradecer la confianza y el apoyo recibido durante mi permanencia en la Subred haciendo parte de la Dirección Financiera bajo el contrato de prestación de servicios No. 681-2021

Atentamente,

LUIS ALEXÁNDER CASTRO ARCILA

CC. 79.436.642 Bogotá

A

ASOPAGOS s.a.

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
CC 79436642	0	LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA	I	C	luisalex0168@gmail.com	11-1	3152546211

NUMERO PLANILLA	8613054207		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	8606799961		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2021-04-13	0	$0	$ 281.200

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	$ 145.400
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 113.600
ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	1	$ 22.200
Sin CCF	1	$ 0
SENA	0	$ 0
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	0	$ 0
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
CC 79436642	0	LUIS ALEXANDER CASTRO ARCILA	I	0	CR 74 No 35 C 11 SUR	11-1	4806090

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2021-04	2021-04	79436642	8613054207	I	8606799961	2021-05-10	BANCO AV VILLAS	0	$ 281.200

RESUMEN DE PAGO									
ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1				1	$145.400	$0	$0	$0	$145.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	$145.400	$0	$0	$0	$145.400
EPS(Administradoras: 1				1	$113.600	$0	$0	$0	$113.600
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	$113.600	$0	$0	$0	$113.600

A

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL(Administradoras: 1				1	$22.200	$0	$0	$0	$22.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	$22.200	$0	$0	$0	$22.200
TOTAL					$281.200	$0	$0	$0	$281.200