	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	22/10/2021	
		Código:	18-01-FO-0013	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:** PUENTE ARANDA
	Día	**Mes**	**Año**	**Área o Servicio:** Facturación
SANDRA JINET TAFUR HERNÁNDEZ LIDER DE FACTURACIÓN	6	12	2021	**Dirección a la que pertenece:** Dirección Financiera

1570

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO TECNOLOGICO II en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizaran en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Prestar servicios como APOYO TECNOLOGICO II y de apoyo a la gestion como colaborador dentro de los procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion

Rubro:	**HONORARIOS**		**REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS**	X	**ASISTENCIAL GENERAL**		**ASISTENCIAL PIC**	
Recursos Propios:	**SI**	X	**NO**		**Vigencias futuras**	**SI**		**NO** X
Convenio	**SI**		**NO**	X	**No. Convenio:**		**Suscrito con:**	

PERSONA REQUERIDA (NOMBRE Y CC):	IVON CAROLINA SOTO ROZO CC 52773816
PERFIL:	APOYO TECNOLOGICO II

CUMPLE CON EL PÉRFIL REQUERIDO: **SI** X **NO**

HABILIDADES: BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, SEGUIMIENTO DE PROCESOS, ADECUADO MANEJO DE LA INFORMACION, ORGANIZACIÓN.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar. Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores. Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas. No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)
MES	X	
HORA		
ACTIVIDAD		

OBSERVACIONES: Honararios conforme a resolución aplicable para la vigencia 2022

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Elaborar y presentar informes periódicos de gestión asignados y demás solicitados por la lider de facturacion, bajo criterios de calidad, razonabilidad, consistencia, y confiabilidad acorde con el cronograma emitido por el area de facturacion de la Subred.

2. Realizar la revisión y validación de los informes de facturación de la Subred, solicitar los ajustes o justificaciones necesarios si da lugar en coordinación con los referentes, técnicos de informes, central de cuentas o Cartera y realizar la entrega al área de Contabilidad.

3. Realizar la conciliación mensual de la facturación con las áreas financieras asignadas por la Líder de Facturación o en coordinación con el profesional de informes para la información de presupuesto, cartera, contabilidad y tesorería.

4. Efectuar seguimiento a los puntos de control establecidos por la Líder de Facturación de la Subred en las diferentes unidades para garantizar el cobro del 100% de los servicios prestados, tendencia de disminución del nivel de glosas y objeciones de tal forma que se reflejen en el aumento del recaudo efectivo.

5. Realizar la información y/o la conciliación mensual asignada con el área financiera respectiva e informar al lider del proceso de facturacion.

6. Apoyar los técnicos para la adecuada entrega de facturación de evento a la central de cuentas o acopio de la subred así como el apoyo al seguimiento y control de la entrega de facturas a la central por las Unidades, realizando los reportes requeridos para la gestión con oportunidad.

7. Gestionar y realizar el control de ingresos abiertos, generar el informe en los reportes de Dinámica y realizar el informe ejecutivo con las alertas y variables requeridas para la gestión oportuna y cierre de los mismos, producto entregable a la líder de facturación.

8. Realizar diariamente acorde con el instuctivo y herramienta definida, el seguimiento a ingresos abiertos o puntos de control de facturación generada, pendiente por entregar y/o por radicar acorde con la asignación y en conjunto con el equipo definido, aplicando el procedimiento e instructivo así como el registro en la lista de chequeo o la herramienta implementada, identificando y gestionando las diferentes situaciones que puedan ser barrera en el trámite administrativo del proceso de facturación, la prestación de servicios y/o las metas financieras.

9. Realizar las actividades asignadas por la líder de facturación para el seguimiento de acciones de planes de mejoramiento de los entes de control e Institucionales, así como el seguimiento y soporte de OM en Almera o la herramienta institucional que se defina.

10. Realizar los cruces necesarios y validar los documentos físicos que den soporte para la construcción de la información del subproceso de facturación y proceso de Gestión del Ingreso.

11. Gestionar, verificar, controlar y generar el informe de seguimiento a los puntos de control, campanazos y metas definidas para los precierres, cierres o con la periocidad solicitada por el Líder de Facturación o Dirección Financiera, generando e implementando estrategias para el cumplimiento de los procedimientos, términos legales y metas institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

12. Realizar , verificar y validar los archivos de bases, archivos planos, consolidación de tipologías, registros de servicios, anexos para la radicación de cuentas globales y archivos XML de facturación electrónica o los que se requieran para el cumplimiento de la normatividad, contratación o procedimiento de facturación, asignado por la líder de facturación o supervisora.

13. Solicitar los soportes o justificación de anulación o remplazo de facturas al técnico asignado, referente de la Unidad o supervisor del contrato (Líder) acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando el seguimiento y la oportuna corrección de las mismas por el facturador, entregando el soporte respectivo y validando que sea en menos de 24 horas el remplazo y especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la prestación del servicio. (si el facturador no se encuentra lo debe realizar para contribuir a la oportunidad de la radicación).

14. Realizar diariamente mediante auditoría administrativa y en línea la verificación de las prefacturas, facturas, registro de servicios así como los soportes administrativos y clinicos requeridos , **aplicando la normatividad vigente, contratos, procedimientos e instructivos, para gestionar los procedimientos, el cierre de la facturación, la consolidación de las cuentas y/o procedimiento de facturación asignado, con el fin de cumplir las metas e indicadores financieros y minimizar los riesgos en el proceso de facturación.**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/10/2021	
		Código:	18-01-FO-0013	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:** PUENTE ARANDA
	Día	**Mes**	**Año**	**Área o Servicio:** Facturación
SANDRA JINET TAFUR HERNÁNDEZ LIDER DE FACTURACIÓN	6	12	2021	**Dirección a la que pertenece:** Dirección Financiera

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO TECNOLOGICO II en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizaran en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Prestar servicios como APOYO TECNOLOGICO II y de apoyo a la gestion como colaborador dentro de los procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion

Rubro:	**HONORARIOS**		**REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS**	X	**ASISTENCIAL GENERAL**		**ASISTENCIAL PIC**	
Recursos Propios:	**SI**	X	**NO**		**Vigencias futuras**	**SI**		**NO** X
Convenio	**SI**		**NO**	X	**No. Convenio:**		**Suscrito con:**	

PERSONA REQUERIDA (NOMBRE Y CC):	IVON CAROLINA SOTO ROZO CC 52773816
PERFIL:	APOYO TECNOLOGICO II

15. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de la programación de actividades y de los procedimientos de facturación, aplicando autocontrol, autogestión y autorregulación en el cumplimiento contractual.

16. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación.

17. Cumplir con los procesos, procedimientos, acciones definidas y asignadas en cumplimiento de las políticas de la institución, estrategias, planes de mejoramiento o de acción, con el fin de dar respuesta a oportunidades de mejora, formuladas por los entes de control, las direcciones, acreditación, humanización, programas asistenciales, de PyD y del proceso de Gestión Financiera.

18. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Centrales y/o Unidades asignadas, así como la consecución de soportes para fortalecer la calidad en la radicación de cuentas, presentación de informes financieros o ante la solicitud de respuesta de devoluciones, glosas, cartera y tesorería.

19. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario

20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios, unidades, procedimiento, sede y/o centrales de facturación asignada, teniendo en cuenta que la obligación contractual culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida para ejecución del contrato y términos publicado en SECOP.

21. Realizar gestión o respuesta de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios, colaboradores, supervisor o dirección financiera frente a no conformidades o acciones para dar respuesta a las mismas en los diferentes campos de facturación.

22. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato.

PÉRFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN

1. Nombre:	Sandra Jinet Tafur Hernández
2. Identificación:	65.698.520
3. Perfil o cargo:	Lider Facturación
4. Justificación (Si aplica)	N/A

Orlando Martínez Henao	**Liliana Marcela Rodríguez Moreno**
Director Financiero	**Vo.Bo. Subgerente Corporativo**

153-ASAD

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

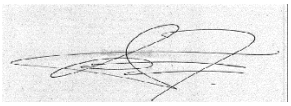
HACE CONSTAR:

Que, verificada la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE, se evidencia que no se cuenta con personal de planta disponible para desarrollar la actividad APOYO TECNOLOGICO II cuanto:

1.___No existencia del perfil requerido
2.**_X_** Insuficiencia del mismo
3.___La necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

Dada en Bogotá D.C., el día lunes, 6 de diciembre del 2021

MONICA ADRIANA FLOREZ BONILLA
Directora Operativa
Dirección de Gestión del Talento Humano

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Revisado por:	Jayson Galindo Alviz	Profesional Especializado Gestión del Talento Humano		01/2022

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME FINAL DE SELECCIÓN**	Versión:	**2**
		Fecha de aprobación:	**20/05/2021**
		Código:	**04-02-FO-0012**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DATOS GENERALES	Fecha Informe	Día: 12 Mes: 01	Año:2022		
	Genero: F__X_ M__ Otra: _____ Edad: 31 A	Proceso de Promoción: SI___NO __X_	Reintegro SI_____NO X		
DIRECCION/AREA Y/O OFICINA SOLICITANTE	***DIRECCION FINANCIERA***				
PERFIL A CONTRATAR (Solicitado en el requerimiento)	***APOYO TECNOLOGICO II***				

CRITERIO Y PONDERACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

IVON SOTO ROZO	**ITEM**	**SIN PRUEBA**	**PORCENTAJE ASIGNADO TOTAL**	**PORCENTAJE TOTAL ALCANZADO**
	Análisis de Hoja de Vida	*25%*	25%	23,00%
	Prueba de conocimientos	*NA*		
	Pruebas Psicológicas	*35%*	35%	20,00%
	E: Entrevista	*40%*	40%	30,00%
	Ajuste al perfil (70%)		100%	73,00%
	Concepto Final	Se ajusta adecuadamente al perfil - actividad	Si	NO

ANALISIS DE HOJA DE VIDA CUMPLIMIENTO REQUISITOS DEL PERFIL		
	Formacion académica	ADMINISTRADOR FINANCIERO - UNIVERSIDAD DEL TOLIMA - 2015
	Expériencia laboral (años)	10 AÑOS
	Experiencia Relacionada (años	10 AÑOS
	Honorario Asignado (Resolucion Vigente)	SEGÚN LA TABLA DE HONORARIOS

PRUEBA SE COMPETENCIAS 360° FORTALEZAS						
	Actitud hacia las normas	Adaptabilidad	Analisis numérico	Atención al detalle	Autocontrol	**Compromiso laboral (83%)**
	Comunicación escrita	Disciplina	**Habilidad social (83%)**	**Orientacion a resultados (80%)**	planeacion	**Trabajo en equipo (100%)**
	Retrolimentacion	sentido de urgencia	**comunicación abierta (83%)**	Promedio:		

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA							
	Factores Evaluados	Comunicación	Relaciones Interpersonales	Proyeccion	Humanizacion	Total obtenido de factores Evaluados	8
	Concepto entrevista con lider (si aplica) marque Si o No	Favorable	**X**	No favorable	Observaciones :	Cuenta con los requerimientos academicos y de experiencia laboral minimos requeridos para la prestacion de servicios ofertados en el cargo de la subred de servisios integrados de salud. Se encuentra apto para desarrollar las actividades propuestas. AJUSTE AL PERFIL 73%	
	La candidata muestra interes de ingresar a la entidad, A nivel familiar se evidencia hogar estructurado. Actualmente vive en la localidad: Cumple a lo solicitado a nivel de experiencia y conocimiento. De acuerdo a los resultados, se puede evidenciar que la candidata cumple con el perfil requerido, competencias suficientes, desarrolladas para desempeñarse de forma optima en el perfil al cual aspira. Se recomienda realizar seguimiento a las competencias que estuvieron por debajo del promedio.						

CRITERIOS DE INCLUSION SOCIAL: Madre o Padre cabeza de familia: NO Localidad donde vive: BOSA Barrio: RECREO Grupos ëtnicos: NO Condición de discapacidad : NO Otro _____ cual _____

FIRMA QUIEN REALIZA EL PROCESO

VºBº PROF. ESPECIALIZADO III