	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	25/10/2021	
		Código:	04-02-FO-0011	

1266

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requirente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
	Día	**Mes**	**Año**	**UNIDAD KENNEDY**
LUZ MARY TORRES RINCON **Lider Autorizaciones y Admisiones Subred**				**Área o Servicio:** **Admisiones - Autorizaciones**
	4	11	2021	**Dirección a la que pertenece:** **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 central de autorizaciones de la Unidad Kennedy requiere la contratación de un APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II - AUTORIZACIONES para el cumplimiento de las diferentes actividades que se realizaran en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II Autorizaciones 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**	X	**REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS**		**ASISTENCIAL GENERAL**		**ASISTENCIAL PIC**	
Recursos Propios:	**SI**	X	**NO**		**Vigencias futuras**	**SI**		**NO**	X
Convenio	**SI**		**NO**	X	**No. Convenio:**		**Suscrito con:**	

PERFIL: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II - Autorizaciones

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

HABILIDADES: Buenas relaciones interpersonales, trabajo en equipo, seguimiento de procesos, adecuado manejo de la información, conocimiento y habilidad en el manejo de office, adherencia a los cambios por necesidades de servicio, conocimiento de norma acorde al proceso de autorizaciones de servicios.

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

PROYECCIÓN 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)	**OBSERVACIONES: Cubrir las acividadesc contractuales que realizaba la colaboradora Claudia Carolina Avendaño identifiad con numero de Documento 52755241, quien solicita cancelación del contrato de manera unilateral.**
MES	X		
HORA			
ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a.Realizar verificación de derechos en la paginas 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

b.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

c. Llevar a cabo 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.

d. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados, 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.

e. Realizar el Censo diario de los usuarios hospitalizados en las diferentes unidades identificando: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador, para garantizar la informacion par otros procesos, a las diferentes EAPB y entes de control.

f. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.

g. 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.

h. Realizar el proceso de autorización de medicamentos no POS con formatos, y realizar los trámites internos del diligenciamiento y justificación del formulario CTC. Esta actividad aplica para las unidades donde no tiene el perfil encargado de este proceso.

i. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).

j. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

k. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B)

PERFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN

1. Nombre: LUZ MARY TORRES RINCON
2. Identificación: 52193547
3. Perfil o cargo: Lider Autorizaciones y Admisiones Subred
4. Justificación (Si aplica)

LILIANA MARCELA RODRIGUEZ MORENO Directora Finaniera	**LILIANA MARCELA RODRIGUEZ MORENO** Vo.Bo Subgerente Corporativa (E)

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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II- AUTORIZACIONES. por 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 Jueves, 04 de Noviembre 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		11/2021

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

DATOS GENERALES	Fecha Informe:	Día: 14 Mes: 02	Año: 2022		
	Genero: F___ M__x_ Otra: _____ Edad: _32		Proceso de Promoción: SI___ NO__x_		Reintegro SI_____NO___x_
DIRECCION/AREA Y/O OFICINA SOLICITANTE	***DIRECCIO FINANCIERA***				
PERFIL A CONTRATAR (Solicitado en el requerimiento)	***APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II-AUTORIZACIONES***				

CRITERIO Y PONDERACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

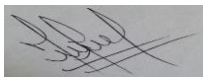
	ITEM	**SIN PRUEBA**	**PORCENTAJE ASIGNADO TOTAL**		**PORCENTAJE TOTAL ALCANZADO**
DIEGO FERNANDO GARCIA POVEDA	Análisis de Hoja de Vida	*25%*	15%		22,00%
	Prueba de conocimientos	*NA*	30%		0,00%
	Pruebas Psicológicas	*35%*	25%		18,00%
	E: Entrevista	*40%*	30%		30,00%
	Ajuste al perfil (70%)		100%		70,00%
	Concepto Final	Se ajusta adecuadamente al perfil - actividad		Si X	NO

ANALISIS DE HOJA DE VIDA CUMPLIMIENTO REQUISITOS DEL PERFIL	Formacion académica	BACHILLER, COLEGIO VENECIA, 2006
	Expériencia laboral (años)	Una vez validadas las características del perfil solicitado y revisados los soportes adjuntos de experiencia laboral relacionada por el candidato, la asignación de honorarios que se suscribirá en el contrato será de acuerdo a la tabla de honorarios establecida para el perfil de FACTURADOR- AUTORIZACIONES
	Experiencia Relacionada (años	3 AÑOS 7 MESES
	Honorario Asignado (Resolucion Vigente)	EL ASIGNADO SEGÚN RESOLUCION DE HONORARIOS

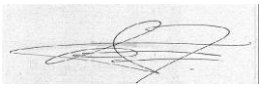
PRUEBA SE COMPETENCIAS 360° FORTALEZAS	Actitud hacia las normas	Adaptabilidad X	Analisis numérico X	Atención al detalle	Autocontrol	**Compromiso laboral (67%)**
	Comunicación escrita	Disciplina X	**Habilidad social (83%)**	**Orientacion a resultados (89%)**	planeacion	**Trabajo en equipo (89%)**
	Retrolimentacion	sentido de urgencia X	**comunicación abierta (83%)**			

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	Factores Evaluados	Comunicación	Relaciones Interpersonales	Proyeccion	Humanizacion	Total obtenido de factores Evaluados	
	Concepto entrevista con lider (si aplica) marque Si o No x	Favorable		No favorable	Observaciones:	**PORCENTAJE TOTAL PRUE BA 360 : 71 PUNTOS SOBRE 100**	
	El candidato presenta adecuado desempeño durante la entrevista, claridad conceptual y manifiesta interes por la propuesta laboral. 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.						

CRITERIOS DE INCLUSION SOCIAL	Madre o Padre cabeza de familia ____**NO**____ Localidad donde vive BOSA _ Barrio _ANDALUCIA _ Grupos ëtnicos _____**NO**___ Condición de discapacidad **NO** Otro _____ cual _____



FIRMA QUIEN REALIZA EL PROCESO



VºBº DIRECTOR GESTION DE TALENTO HUMANO