	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	24/02/2017	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o Sede: Facturacion Subred
Sandra Jinet Tafur Hernández	Dia	Mes	Año	
	22	11	2018	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		
Adición y Prorroga	X	4686 - 2018	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	
Adición				
Prorroga				
Reinicio				

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificaciòn presupuestal)

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO 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

Descripciòn del servicio solicitado

Prestar servicios como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO 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

AREA:	ADMINISTRATIVO X	ASISTENCIAL
PERFIL	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II - ELEANA YANUBY BARONA ARRECHEA CC 1012321639	

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años) EN:

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. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad 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 tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL
TIEMPO DE EJECUCION	1 MES Y 15 DIAS	MES	$ 1.837.000	1 MES Y 15 DIAS	$ 2.755.500
		HORA			
		ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. Recepcion de la facturación generada por los diferentes puntos de facturacion, correspondientes a los servicios prestados

b.Verificar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

c. Realizar mediante la auditoria administrativa y asistencial la verificación de la aplicacion del procedimiento de admisión, facturación y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de pago de los servicios prestados , aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

d. Realizar la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al facturador ,tanto en fisico como a travez del sistema de informacion , garantizando la oportunidad en las correciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justficación pertinente.

e. Realizar apoyo administrativo según requimiento solicitados por los facturadores , en cuanto a: Cargos contra historia clínica, soportes, etc., evitando así la subfacturación o sobrefacturación de servicios

f. Solicitar al facturador reportar la factura con inconsistencia para anulacion , realizando seguimiento de la correccion y factura remplazo, así como el registro o verificación del mismo en el libro de anulación de facturas, controlando el remplazo o refacturación con un plazo no mayor a 48 horas y especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la generación de la factura.

g. Realizar el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos de los facturadores, servicios o empresas que tengan asignados

h. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal de la facturación pendiente por entregar y los motivos de la misma, realizando una consolidacion mesual con inconsistencias y hallazgos

i. Una vez auditadas las facturas entregadas por el facturador, realizar el envío a la central de cuentas de la unidad a través de la hoja de ruta por empresa y de manera simultánea la entrega de las facturás con sus respectivos soportes, dejando evidencia documental

j. 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 Responsables de pago.

k. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado.

l. Apoyar el 100% de los puntos de facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E cuando se requiera, garantizando el buen desarrollo de los diferentes procedimientos.

m. Realizar la revista administrativa de los servicios asignados, identificando los pendientes para articular las actividades de facturación, admisiones, autorizaciones y trabajo social de acuerdo a la pertinencia

n. Realizar identificación de puntos de mejora en la facturación generada para disminuir los riesgos de inconsistencias en la facturación, anulación de facturas o notas crédito, reportando en el informe de seguimiento de actividades y realizando actas con los colaboradores que presenten inconsistencia en las actividades detectadas

ñ. 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 sus actividades para la certificación de pagos

o. Realizar la adecuada presentación de cuentas con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr la certificación de actividades

P.Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred, proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros)

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

Sandra Jinet Tafur Hernández	Luz Myriam Roncancio Roncancio
Nombre y firma del Supervisor	Director Financiero