Eleana Yanuby Barona
1012321639

| | REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA | Versión: | 1 | |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 24/02/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0005 | |

| Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o Sede: |
|---|---|---|---|---|
| Jenny Rocio Avila Rondon | Dia | Mes | Año | KENNEDY |
| | 15 | 6 | 2018 | Dirección a la que pertenece: FINANCIERA |

| Motivo de la solicitud (Marque con una X) | | | No CONTRATO | |
|---|---|---|---|---|
| Adición y Prorroga | | | | |
| Adición | | X | 4686 | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| 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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA I 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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA I 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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA I -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 politicas 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

| TIEMPO DE EJECUCION | | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar ) | VALOR TOTAL | Apoyo de 3 horas los dias 1,5,6,7,8,12,13,14,15 de , y el dias 18 de junio dos horas diarias por un total (29) horas, dichas actividades adicionales se realizaron como apoyo tecnico en el area de facturacion de la unidad de kennedy, para un total de 29 horas. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MES | | | | |
| | | HORA | $ 9.876 | 29 | $ 286.404 | |
| | | 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.Verificar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para la asignación del servicio ambulatorio
d.Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.
e.Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades.
f.Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario.
g.Realizar diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesoreria para el respectivo registro
h.Hacer la entrega diaria de las facturas por la modalidad de FFD y EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historias clinicas, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT).
i.Garantizar que el último dia del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.
j.Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos
k.Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manera oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas.
l.Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
m.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
n.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)

| Sandra Jinet Jafur Hernández | Nestor Adolfo Nieto Loy | Alma Axira Ampudia Arriaga |
|---|---|---|
| Nombre y firma del Supervisor | Director Financiero | Vo.Bo. Subgerencia Corporativa ( E ) |

15 JUN. 2018