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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
Luz Mary Torres Rincon	**Dia**	**Mes**	**Año**	**FONTIBON**
Lider Autorizaciones Subred	**30**	**5**	**2018**	**DIRECCION FINANCIERA**

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga		**3706**	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**
Adición	X		
Prorroga			
Reinicio			

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

La Oficina de Facturación requiere garantizar el Apoyo en en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II 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 URGENCIAS 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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II -DIEGO EDUARDO MONTENEGRO CARDOZO CC 1024504871

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (años) 1 EN: ADMINISTRATIVAS

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	VALOR TOTAL	Observación: 1 de mayo de 7 pm a 7 am incapacidad de Hanna Collazos 7, 8, 9 de 7 pm a 7 am respuesta glosa Nueva EPS 24, 25 , 27, 29 de mayo de 7pm a 7 am glosa de Unicajas 28 de mayo de 7 am a 1 pm cubre compensatorio del funcionario Alvaro Aguiar
	MES				
	HORA	$ 8.397	102	$ 856.494	
	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.Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.
d.Reportar al área de Autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prorroga de servicios para la atención de los usuarios urgenciados y/o hospitalizados.
e.Verificar y Realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren los servicios de las diferentes unidades, como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugias ETC., de acuerdo a lo ordenado en por la parte asistencial
f.Realizar la liquidación de cuentas y facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los soportes necesarios por administradora y convenio (Evento), realizando el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario
g.Hacer diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro.
h.Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito)
i.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, epicrisis, 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).
j.Garantizar que el último dia del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.
k. Realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos
l.Realizar corrección de las facturas devueltas por los Revisores de cuentas de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la devolución de la factura.
m.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.
n.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
ñ.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)

Luz Mary Torres Rincon	Nestor Adolfo Nieto Loy	Martha Yolima Pasachoa Moreno
Nombre y firma del Supervisor	**Nombre y firma del Director Financiero**	**Vo.Bo. Subgerencia Corporativa**