(63)

58

Adriana Castellanos P.
52016691

| | FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO | Versión: | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 27/06/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0011 | |

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

| **Quien solicita** (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o Sede: KENNEDY |
|---|---|---|---|---|
| CARLOS ENRIQUE HERRERA MENDEZ<br>REFERENTE DE AUTORIZACIONES SUBRED | Dia | Mes | Año | Dirección a la que pertenece: FINANCIERA |
| | 16 | 1 | 2019 | |

| Contrato Nuevo (Marque con una X ) | x | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
|---|---|---|

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

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II ( Autorizaciones ) 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 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

| AREA | ADMINISTRATIVO | X | ASISTENCIAL | |
|---|---|---|---|---|
| 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 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

| TIEMPO DE EJECUCION | Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato | | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar ) | Observación: De acuerdo a honorarios conforme a la Resolución vigencia 2019. |
|---|---|---|---|---|
| | MES | X | 3 | |
| | 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.

c. 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 reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se indique los donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida.

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)

| Carlos Enrique Herrera Méndez | Luz Myriam Roncancio Roncancio | Martha Yolima Pasachoa Moreno |
|---|---|---|
| Nombre y Firma del supervisor | Nombre y firma del Director Financiero (E) | Vo.Bo. Subgerencia Corporativa |