| | 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: Facturacion Subred |
|---|---|---|---|---|
| Sandra Jinet Tafur Hernández | Dia | Mes | Año | |
| | 24 | 9 | 2018 | Dirección a la que pertenece: FINANCIERA |

| Motivo de la solicitud (Marque con una X) | | No CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| Adición y Prorroga | X | 4483 - 2018 | Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| Adición | | | |
| Prorroga | | | |
| Reinicio | | | |

**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 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- CLAUDIA PATRICIA ALVIS GIRALDO CC 39580878 | |

**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

| TIEMPO DE EJECUCION | 1 MES | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses ,horas, actividades o contratar ) | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | | MES | $ 1,437,000 | 1 | $ 1,437,000 |
| | | 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.consultar ,verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención conforme a la resolución 412 de 2000 en coordinación con el equipo de PyD de la Subred.

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.Realizar la admisión y actualizacion de datos del paciente 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

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 de la Subred e informar al usuario el valor de la cuota moderadora, cuota de recupeacion o copago de acuerdo a la afiliación del usuario.

f.Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridos por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación e informar al paciente si para la cita se requiere generar autorizacion o solictar por pagina web EPS conforme a la contratacion vigente.

g.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. (realiza entrega de factura fisica al paciente y este a suvez firma dicha factura)

h.Realizar el cierre de caja en cada entrega de turno, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro

i.Hacer la entrega diaria de las facturas, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, según la Resolución 3047/2008 Anexo tecnico 5 y el Decreto 056 de 2016 (Accidentes de Tránsito - ECAT( FURIPS Y FUTRANS)).

j.Garantizar que el último día del mes esten al dia en la entrega de la facturacion generada y a su vez la terminacion de la libreta de actividades que sera radicada junto con la cuenta de cobro.

k.Realizar la verificacion y ajuste de los ingresos abiertos , notas credito correspondiemtes al mes en curso.

l.Realizar corrección de las inconsistencias de las facturas repórtadas por el tecnico(revisor de cuentas) de manera oportuna en un plazo máximo de 48 horas, 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.

m.Solicitar la anulación de facturas y a su vez realizar la refacturacion validada por el tecnico, registrando su numero de reemplazo en el libro implementado para tal fin (el cual debe contar con todos los datos necesarios acorde con los procedimientos y registros) implementados 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)

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 | Martha Yolima Pasachoa Moreno | Alma Axira Ampudia Arriaga |
|---|---|---|
| Nombre y firma del Supervisor | Vo.Bo. Subgerencia Corporativa | Director Financiero ( E ) |