	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
	Dia	Mes	Año	
Sandra Jinet Tafur Hernández	2	1	2019	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga	X	4489	Formato documentos mínimos 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 URGENCIAS 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

Descripción 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 -ANDREA DEL PILAR ALVAREZ ESGUERRA CC 52709457	

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	15 DIAS	MES	$ 1.562.000	15 DIAS	$ 781.000
		HORA			
		ACTIVIDAD			

a. Realizar verificación de derechos en las paginas de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.) y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. determinando el aseguramiento de los usuarios.

b. Realizar y/o verificar la admisión aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y 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, con calidad y oportunidad acorde a la normatividad vigente y a los resultados de la verificación de derechos.

c. Realizar el reporte de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS.

d. Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.

e. Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestión, consecución, solicitud, verificación de autorizaciones (de acuerdo a la pertinencia de la actividad o Unidad asignada) tanto de los de los servicios prestados y/o facturados de los usuarios urgenciados como hospitelizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma, en conformidad con la operación de la Subred

f. Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información.

g. Realizar los tramites o actividad pertinente y necesaria para que en el sistema de información se efectúe la asignación de cama a cada uno de los usuarios de acuerdo al requerimiento asistencial, traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio, así como en los casos de traslado a otra unidad para continuar tratamiento o liberación de cama al egreso del usuario.

h. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios de 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.

i. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y así mismo Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.

j. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.A.P.B), así como la necesidad de realizar copagos de acuerdo a la situación de seguridad social de cada usuario.

k. Verificar y realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren en los servicios de urgencias como son: Imagenologia, laboratorios, ecografias, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios teniendo en cuenta el cuadro de contratación vigente.

l. 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, copagos y generación de pagares en caso de ser necesario.

m. Generar la facturación de los servicios prestados para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, garantizando los soportes completos de sustento para cada factura de acuerdo al pagador (E. A. P. B.).

n. Hacer diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro.

o. Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito) en los instrumentos o libros que se estandaricen para la evidencia de la actividad.

p. Hacer la entrega diaria del total de las facturas generadas por las diferentes modalidades de facturación FFDS, PGP, EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historia clínica, 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).

q. Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas durante el periodo, realizando el control y registro de la entrega a los analistas y central de cuentas de las unidades.

r. Realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos.

s. Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la devolución de la factura 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.

t. 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. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo.

u. 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)

v. 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.

w. 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.

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

y. 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 Tafur Hernández	Martha Yolima Pasachoa Moreno

	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	
	20	12	2018	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		
Adición y Prorroga		4489_2018	Formato documentos minimos 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 FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS 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 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- ANDREA DEL PILAR ALVAREZ ESGUERRA CC 52709457	
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 ejecuciòn del contrato.Errores en la supervisiòn. 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 como facturador de urgencias los dias 01, 03,04,05,06,07,08 de diciembre con una intensidad de 3 horas por contingencia del nuevo sistema de informacion cumpliendo con un total de 21 horas adicionales.
		MES				
		HORA	$ 8.398	21	$ 176.358	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1-se re1-se realizo verificacion de derechos de los diferentes usuarios que estuvieron en la unidad de servicios de salud fontibon, en las diferentes paginas que maneja el area de facturacion como COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES, DNP, PAGINA WEB CAPITAL SALUD Y PAGINA CAPITADOS UNICAJAS, realizando asi la correcta facturacion de los servicios prestados, para asi dar cumplimiento a la completa radicacion de lo facturado.
2-Se realiza revision de las admisiones corroborando los 8 correctos los cuales son (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia), para asi evitar que se ´presenten eventos adversos.
3-Se realiza cierre de caja a diario depositando dinero en caja fuerte y soportes en libro de recaudo y el cual se encuentra registrado en el seguimiento de actividades por semana
4- realizo cargue de los pacientes de uci y obervacion.

Sandra Jinet Tafur Hernández	Martha Yolima Pasachoa Moreno	Luz Myriam Roncancio Roncancio
Nombre y Firma Supervisor	Vo.Bo. Subgerencia Corporativa	Directora Financiera