Secretaría de Salud Subred 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) **Sandra Jinet Tafur Hernandez**	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o Sede: FACTURACION SUBRED SUR OCCIDENTE**
	Dia	**Mes**	**Año**	**Dirección a la que pertenece: FINANCIERA**
	16	7	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga	x	4496 - 2018	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**
Adición			
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 -JAIME ALBERTO ARIZA GALVIS CC 80152532			
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	**1 Mes**	MES	$ 1.562.000	1	$ 1.562.000
		HORA			
		ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. Recepcion de la facturación generada por los diferentes puntos de facturacion, correspondientes a los servicios prestados

b. Revisar factura: Comprobador de derechos, codigo de autoriazión (NAP), procedimientos de acuerdo a la facturaciòn

c.Hacer seguimiento diario a la entrega de facturas , soporte y correccion de las mismas

d. Verificación en plataforma de Capital Salud NAP VS factura.

e. Verificación de tarifas de acuerdo a las tipologias y/o contratación Capital Salud.

E. Alimentar base de producción diariamente de acuerdo a la facturación generada Vs facturación entregada.

F. Hacer seguimiento a las facturas entregadas por facturadores de acuerdo a las hojas de ruta.

G. Envio semanal de anexo Capital Salud (revisión auditoria previa) con sus respectivas observaciones.

H. Formulación de archivo de facturación para seguimiento de anulación y corrección.

I. Consolidación anexo mesual de Capital Salud para el armado de cuenta.

J. Organizar facturas por consecutivos y marcadas para archivo de bodega.

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)

h. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal de la facturación pendiente por entregar y los motivos de la misma, realizando una consolidacion mesual con inconsistencias y hallazgos

Recibir y verificar las facturas por hoja de ruta por empresa y de manera simultánea la entrega de las facturas con sus respectivos soportes, dejando evidencia documental

k. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado.

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

Sandra Jinet Tafur Hernandez	**Martha Yolima Pasachoa Moreno**	**Alma Axira Ampudia Arriaga**
Nombre y firma del Supervisor	**Vo.Bo. Subgerencia Corporativa**	**Vo.Bo. Director Financiero (E)**