	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	4399	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

Descripción 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 -INGRY KATHERINE TRUJILLO MARTINEZ CC 1019098235	
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 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

		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	$ 1.437.000	15 DIAS	$ 718.500
		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, asi 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 tesoreria 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 dia 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 reportadas por el tecnico(revisor de cuentas) de manera oportuna en un plazo máximo de 48 horas, especialmente los que se realicen el último dia 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
Nombre y firma del Supervisor	Vo.Bo. Subgerencia Corporativa

	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		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	20	12	2018	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		
Adición y Prorroga		4399	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 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 - INGRY KATHERINE TRUJILLO MARTINEZ CC 1019098235	
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1	EN:

EXPERIENCIA: (En años)

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

		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		MES				Realizo actividades adicionales realizando la refacturacion de las facturas manuales por impplementacion del nuevo sistema de informacion los dias 1 y 2 de diciembre 2018 con intensidad de 4 horas al dia, para el desarrollo de la actividad
		HORA	$ 7.726	8	$ 61.808	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1-se verifico en las bases de datos el estado de afiliacion del paciente realizando signacion y facturacion de servicios (ver Facturas).
2-. se consulto y se verifico las frecuencias de uso de las actividades de promocion y prevencion a todos los usuarios que solicitaban algun servicio en la unidad y se realizo asignacion correspondiente de activiades de PYD que aplicaran para cada paciente, segun normatividad.
3-Se realizo la asignación del los servicios ambulatorios solicitados por los pacientes de acuerdo a la verificacion de la matriz de contratacion lo cual se evidencia agendas respectivas por profesional de la unidad asignada
4-se verifico los ocho correctos del paciente con el fin de actualizar la informacion y garantizar que los datos se han correctos.
5-Se recauda y se deposita a diario el dinero recaudado obtenido por la prestacion de los servicios. Al cual se realiza seguimietno a traves del cuadro de actividades semales.

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