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)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
LUZ MARY TORRES RINCON LIDER AUTORIZACIONES SUBRED	**Dia**	**Mes**	**Año**	USS FONTIBON DIRECCION FINANCIERA
	12	10	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga	X	2723	**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 Facturación requiere garantizar el Apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como AUTORIZADOR 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 AUTORIZADOR 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	**AUTORIZADOR - ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL**	**CC 92517025**

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1

EXPERIENCIA: (En años) 1 EN: AREAS ADMINISTRATIVAS

HABILIDADES: BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, SEGUIMIENTO DE PROCESOS, ADECUADO MANEJO DE LA INFORMACIÓN, ORGANIZACIÓN.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución 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

		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. Realizar verificación de derechos de los usuarios que requieren servicio por urgencias, traslados, observación y/u hospitalización, incluyendo dicha verificación en el software de autorizaciones, con el diligenciamiento de todos los campos anexando los pantallazos incluidos en cada ítem requerido para soporte de autorizaciones y factura, realizar el escaneo de documentos de los usuarios en cumplimiento a la normatividad vigente
b. Verificar y aplicar el cuadro de contratación vigente de la institución para el reporte y liquidación de servicios prestados a los usuarios en el momento de su atención.
c. Realizar solicitud de autorizaciones de urgencias, observación, hospitalización, medicamentos no pos a los diferentes pagadores, incluido entes territoriales.
d. Diligenciar de manera completa y clara los anexos técnicos de la resolución 3047/08 que sean necesarios para la consecución de la autorización, ingresando toda la información en el software de autorizaciones.
e. Asignar citas de urgencias y prioritarias teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas y los requerimientos de los usuarios.
f. Hospitalizar administrativamente a los usuarios de la institución, realizar traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio.
g. Realizar el seguimiento diario a las autorizaciones de los pacientes de observación y hospitalización, en cumplimiento de la resolución 3047/08 y de las demás que adicionen, modifiquen o sustituyan garantizar el adecuado diligenciamiento y ubicación del paciente en el censo, realizando ronda diaria para identificar cambios en el servicio o traslados de pacientes que no hayan sido reportados por el personal asistencial para contar con Información confiable de los pacientes efectivamente hospitalizados, reportando cualquier novedad al profesional de autorizaciones.
h. Entregar las autorizaciones de servicios de urgencias, observación y hospitalización con todos los soportes para el cobro efectivo de los servicios.
i. Realizar verificación de la documentación de los usuarios para la autorización de servicios de procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
j. Verificar de manera oportuna los listados de programación de cirugías en cuanto a autorizaciones y seguridad social se refiere.
k. Abrir ingresos para los pacientes con cirugías programadas y realizar hoja de ruta.
l. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de ejecución del contrado, acordes con el objeto del mismo aplica para urgencias.
m. Participar activa y pro activamente en todas las actividades programadas por la Institución en el proceso de Acreditación que apuntan al mejoramiento continuo de la Entidad.
n. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la Entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios , familia, comunidad y compañeros dela Entidad, con el fin de apoyar a la Acreditación del Hospital.
o. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la Implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y Control en énfasis en la Acreditación de la Entidad

Luz Mary Torres Rincon	Alma Axira Ampudia Arriaga	Martha Yolima Pasachoa Moreno
Nombre y Firma del supervisor	**Nombre y firma del Director Financiero (E)**	**Vo.Bo. Subgerencia Corporativa**