2932

	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO	Versión:	3	
		Fecha de aprobación:	25/10/2021	
		Código:	04-02-FO-0011	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o Sede:** BOSA
	Día	**Mes**	**Año**	**Área o Servicio:** ADMISIONES Y AUTORIZACIONES
LUZ MARY TORRES RINCON **Líder Autorizaciones Subred**	25	10	2022	**Dirección a la que pertenece:** FINANCIERA

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

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

DESCRIPCION 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

Rubro:	**HONORARIOS**		**REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS**	X	**ASISTENCIAL GENERAL**		**ASISTENCIAL PIC**	
Recursos Propios:	**SI**		**NO**		**Vigencias futuras**	**SI**		**NO**	
Convenio	**SI**		**NO**		**No. Convenio:**	**Suscrito con:**		

PERFIL:	APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II - Autorizaciones
NUMERO DE PERSONAS REQUERID	

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. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad 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

PROYECCIÓN Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	OBSERVACIONES: **De acuerdo a honorarios conforme a la Resolución vigencia 2022:** **Por reemplazo de la colaboradora LAURA NATALIA MORA QUINTERO identificada con CC 1030654880 quien realiza activadades hasta el día 9 de Septiembre.**
MES		X	
HORA			
ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

A.Realizar la admisión 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
B. Realizar verificación de derechos de el 100% de los pacientes que ingresen a la subred identificando la EAPB responsable del pago, de los servicios de salud prestados a los usuarios definiendo asegurador.
C. Llevar a cabo los procesos y procedimientos de autorizaciones tanto de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008) y demás que le modifiquen, dentro de los tiempos establecidos por la norma.
D. Realizar seguimiento diario a la gestión de autorizaciones en cada uno de los servicios, verificando y actualizando información en los sofware definidos para admisiones y autorizaciones
E. Dar oportunamente de respuesta de los procesos administrativos a las solicitudes realizados por el area asistencial, del tal manera que no afecte la prestación del servicio
F. Actualizar el censo de los usuarios hospitalizados donde se indique: nombre y apellido, número de documento, fecha de nacimiento, fecha de Ingreso a hospitalización y pagador, en el sistema de información institucional.
G. Dejar la evidencia de la gestión realizada del reporte y solicitud de autorizaciones en el sistema de información (SIIES), diligenciar de manera clara, completa y oportuna los soportes para el área de facturación.
H. Entregar oportunamente los soportes del proceso de autonzación y/u hojas de ruta para que se anexen en cada una de las facturas generadas a las EAPB
I. Realizar el proceso de autonzación de medicamentos y teconologias NO PBS dando cumplimiento a la norma
J. Realizar seguimiento a diario de los trámites pendientes administrativos que requieran los pacientes como trámites de oxigeno, procesos de remisión y aseguramiento.
K. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).
L. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de facturación, devoluciones, glosas y cartera 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)
M Seguimiento a la gestión realizada por los autorizadores en los diferentes servicios y unidades de atención
N. Participar de manera activa en las actividades de capacitación del área y en temas de acreditación
O. Realizar el pago de apotes al sistema de seguridad social integral durante la ejecución del contrato sobre los montos legales y dentro de los timpos establecidos para tal fin , el incumplimiento de esta actividad o falsedad en la misma será causal de terminación del contrato.
P. 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 de la entidad, con el fin de apoyar a la Acreditación de la subred.

PERFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN

1. Nombre:	LUZ MARY TORRES RINCON
2. Identificación:	52193547
3. Perfil o cargo:	Réferente de Autorizaciones subred Sur Occidente
4. Justificación (Si aplica)	

LILIANA MARCELA RODRIGUEZ MORENO	MAURICIO ANTONIO JIMÉNEZ CASTELBLANCO
Vo.Bo. Subgerencia Corporativa	Director Financiero

153-ASAD

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

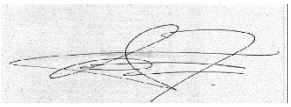
HACE CONSTAR:

Que, verificada la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE, se evidencia que no se cuenta con personal de planta disponible para desarrollar la actividad APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II. por cuanto:

1.___No existencia del perfil requerido
2.**_X_** Insuficiencia del mismo
3.___La necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

Dada en Bogotá D.C., el dia 25 de Octubre del 2022

MONICA ADRIANA FLOREZ BONILLA
Directora Operativa
Dirección de Gestión del Talento Humano

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Revisado por:	Jayson Galindo Alviz	Profesional Especializado Gestión del Talento Humano		10/2022

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME FINAL DE SELECCIÓN**	Versión:	**1**
		Fecha de aprobación:	**2/07/2020**
		Código:	**04-02-FO-0012**

DATOS GENERALES	Fecha Informe	Día: 25	Mes: 11	Año: 2022	
	Genero: F__X_ M __ Otra: _____	Edad: 52 __	Proceso de Promoción: SI __ NO X __	Reintegro SI_____NO_X_	
DIRECCION/AREA Y/O OFICINA SOLICITANTE	***FINANCIERA***				
PERFIL A CONTRATAR (Solicitado en el requerimiento)	***APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II***				

CRITERIO Y PONDERACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

	ITEM	**SIN PRUEBA**	**PORCENTAJE ASIGNADO TOTAL**	**PORCENTAJE TOTAL ALCANZADO**
Adriana Gonzalez López	Análisis de Hoja de Vida	*25%*	15%	23%
	Prueba de conocimientos	*NA*	30%	0%
	Pruebas Psicológicas	*35%*	25%	14%
	E: Entrevista	*40%*	30%	37%
	Ajuste al perfil (70%)		100%	74%
	Concepto Final	Se ajusta adecuadamente al perfil - actividad	Si X	NO

ANALISIS DE HOJA DE VIDA CUMPLIMIENTO REQUISITOS DEL PERFIL	Formacion académica	*BACHILLER*
	Expériencia laboral (años)	6 AÑOS
	Experiencia Relacionada (años)	6 AÑOS
	Honorario Asignado (Resolucion Vigente)	SEGÚN RESOLUCIÓN ACTUAL VIGENTE

PRUEBA SE COMPETENCIAS 360° FORTALEZAS	Actitud hacia las normas	Adaptabilidad	Analisis numérico	Atención al detalle	Autocontrol	**Compromiso laboral (50)**
	Comunicación escrita	Disciplina	**Habilidad social (60)**	**Orientacion a resultados (50)**	Planeacion	**Trabajo en equipo (30)**
	Retrolimentacion	Sentido de urgencia	**Comunicación abierta (50)**		65	

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	Factores Evaluados	Comunicación 8	Relaciones Interpersonales 8	Proyeccion 8	Humanizacion 9	Total obtenido de factores Evaluados	82
	Concepto entrevista con lider (si aplica) marque Si_ o No X	Favorable	X	No favorable	Observaciones :	Ninguna	

Observaciones:

aspirante cuenta con la formación académica como BACHILLER ACADEMICO certificado por por el colegio José Manuel Restrepo, tiene 6 años de experiencia en su área, la aspirante cuenta con la experiencia solicitada por el requerimiento y conocimientos para la ejecución de su trabajo obtuvo buen proceso de selección más sien embargo se recomienda trabajar sus habilidades blandas , se realiza entrevista y aval por Luz Meri Torrez, afirma no tener familiares trabajando en esta entidad

CRITERIOS DE INCLUSION SOCIAL

Madre o Padre cabeza de familia _No_ Localidad donde vive PUENTE ARANDA_____ Barrio _CAMELIA___ Grupos ëtnicos _No__ Condición de discapacidad __No__ Otro _____ cual _____

FIRMA QUIEN REALIZA EL PROCESO

V°B° PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Instructivo de Diligenciamiento

1, Dependencia que solicita: Diligenciar la depencia que requiere el talento humano
2. perfil a contratar: Diligenciar el perfil de la persona según el perfil requerido.
3. Criterio y Ponderación: Se debe registrar el porcentaje obtenido por el aspirante durante el proceso según el análisis del profesional
4. análisis de la hoja de vida: Laborales: se registran las ultimas entidades en las cuales laboro la persona (opcional tiempo de vinculación y motivos retiro);
5. Análisis Hoja de Vida: Académicos: Se registra la formación académica del aspirante
6. Aplicación: se registra con una X si se aplico, si el perfil no lo requiere o no se aplica se diligencia N/A
7. Prueba de conocimientos: Se diligencia el puntaje o porcentaje obtenido por el aspirante en la prueba de conocimientos
8. Prueba Psicotécnica 360°: deben identificarse con una (x) las competencias con resultados como fortalezas y los porcentajes arrojados en las competencias trasversales de la entidad
9. Resultados de la entrevista: El profesional registra lo evidenciado y el análisis de la entrevista según el criterio profesional

Se debe registrar si se realiza entrevista con lider concepto y observaciones en caso de ser pertinente.

10. criterios de inclusion social