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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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	**12**	**8**	**2019**	**Dirección a la que pertenece: FINANCIERA**

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**		
Adición y Prorroga	**X**	**3333-2019**	**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 TECNICO ADMINISTRATIVO 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 TECNICO ADMINISTRATIVO 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 TECNICO ADMINISTRATIVO II - MARITZA CADENA GUTIERREZ CC 52438939	
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	$ 1.947.420	1	$ 1.947.420
		HORA			
		ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Recibir del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realizar el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.

2.Realizar los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación.

3, Identificar los motivos de devolucion, clasificar y gestionar ante las diferentes áreas para subsanar las objecciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC) y adquirir los

4. Construir conforme a los soportes clinicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.

5. Realizar la radicacion de la respuesta de la devolución.

6. Generar el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.

7. Realizar informe y consolidar la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.

8. Analizar e informar los indicadores de la facturacion radicada y devuelta y la relación de la devolución recibidas vs devoluciones contestadas.

9. Realizar el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.

10.Apoyar al servicio asignado en la solución de objecciones diariamente y diligenciar oportunamente la respuesta a las devoluciones.

11.Programar y asistir a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones.

12. Planear y realizar las capacitaciones requeridas con los motivos de devolución.

13 Gestionar ante los entes de control si es necesario su intervensión para mitigar las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos

14.Realizar mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera

15.Apoyo en la generación de RIPS de acuerdo a la necesidad.

16. Realizar la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.

17. Realizar plan de trabajo y evaluar su ejecución mensual para programar y dar respuesta opoprtuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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**	
	12	**8**	**2019**	**Dirección a la que pertenece: FINANCIERA**

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga	X	**3333-2019**	**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 TECNICO ADMINISTRATIVO 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 TECNICO ADMINISTRATIVO 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 TECNICO ADMINISTRATIVO II - MARITZA CADENA GUTIERREZ CC 52438939

18.Realizar la revista y apoyo administrativo acorde con la programación de fin de semana y designada por el referente de la Unidad o del equipo de trabajo o Líder de la Subred.

19. Elaborar las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.

20. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, 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 el trámite administrativo respectivo.

21. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.

23. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.

24. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario

Sandra Jinet Tafur Hernández	**Luz Myriam Roncancio Roncancio**
Nombre y firma del Supervisor	**Directora Financiera**