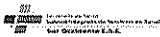


|                                                                                   |                                                                           |                      |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  |
|                                                                                   |                                                                           | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                           | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                     |

|                                                                                                         |                                     |                              |                 |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quién solicita (colocar cargo y la perfil del supervisor)</b><br><b>Sandra Jinet Tafur Hernández</b> |                                     | <b>Fecha de la Solicitud</b> |                 | <b>Dependencia o Sede: Facturacion Subred</b>                                               |
|                                                                                                         |                                     | <b>Día</b><br>15             | <b>Mes</b><br>5 | <b>Año</b><br>2019                                                                          |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                        |                                     | <b>No CONTRATO</b>           |                 |                                                                                             |
| <b>Adición y Prorroga</b>                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>3343</b>                  |                 | <b>Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural</b> |
| <b>Adición</b>                                                                                          | <input type="checkbox"/>            |                              |                 |                                                                                             |
| <b>Prorroga</b>                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                              |                 |                                                                                             |
| <b>Reinicio</b>                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                              |                 |                                                                                             |

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**  
(Previa verificación presupuestal)

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripción de los procesos contractuales como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizarán en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas

**Descripción del servicio solicitado**

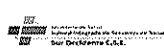
Prestar servicios como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II y de apoyo a la gestión como colaborador dentro de los procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución

**AREA:** ADMINISTRATIVO X ASISTENCIAL

**PERFIL** APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II - ARMANDO VILLA GARCIA CC 1022954964

15. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado mediante la revisión de facturas, registrando en la libreta de actividades las facturas recibidas, auditadas, devueltas, remitidas a la central para el armado y radicación de cuentas de los diferentes pagadores.
16. Realizar identificación de puntos de mejora en la facturación generada para disminuir los riesgos de inconsistencias en la facturación, anulación de facturas o notas crédito, reportando en el informe de seguimiento de actividades y realizando actas con los colaboradores que presenten inconsistencia en las actividades detectadas
17. 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
18. 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.
19. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
20. 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.
21. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros.
22. 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
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. Realizar gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación.
25. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato.

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Sandra Jinet Tafur Hernández</b><br><b>Nombre y firma del Supervisor</b> | <br><b>Luz Myriam Roncancio Roncancio</b><br><b>Directora Financiera</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                           |                      |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  |
|                                                                                   |                                                                           | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                           | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                     |

|                                                                                                            |                              |            |            |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quién solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)</b><br><br><b>Sandra Jinet Tafur Hernández</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b> |            |            | <b>Dependencia o Sede: Facturación Subred</b><br><br><b>Dirección a la que pertenece: FINANCIERA</b> |
|                                                                                                            | <b>Día</b>                   | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |                                                                                                      |
|                                                                                                            | 15                           | 5          | 2019       |                                                                                                      |

|                                                  |                                     |                    |                                                                                      |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b> |                                     | <b>No CONTRATO</b> |                                                                                      |
| Adición y Prorroga                               | <input checked="" type="checkbox"/> | 3343               | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| Adición                                          | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |
| Prorroga                                         | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |
| Reinicio                                         | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**  
(Prevía verificación presupuestal)

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos contractuales como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizarán 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 TECNICO ADMINISTRATIVO II y de apoyo a la gestión 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 institución

**AREA:** ADMINISTRATIVO ☒ ASISTENCIAL

**PERFIL:** APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II - ARMANDO VILLA GARCIA CC 1022954964

**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 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

| TIEMPO DE EJECUCION | 1 MES | Marque con una X, según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar) | VALOR TOTAL  |
|---------------------|-------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
|                     |       | MES                                                  | \$ 1.947.420                          | 1                                                | \$ 1.947.420 |
|                     |       | HORA                                                 |                                       |                                                  |              |
|                     |       | ACTIVIDAD                                            |                                       |                                                  |              |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

- Recepción de la facturación generada por los diferentes puntos de facturación y/o por los facturadores asignados, correspondiente a los servicios prestados con soporte de reporte generado en el sistema de información (reporte estadístico de facturación o FA-Entrega y recibido de facturas generadas por usuario).
- Realizar mediante la auditoría administrativa y asistencial la verificación de la aplicación del procedimiento de admisión, facturación y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de pago de los servicios prestados, aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Realizar auditoría técnica previa y/o posterior a realización de la facturación en la Unidad, servicio o con el facturador asignado, verificando que la factura contenga los soportes respectivos de acuerdo a la normatividad y la contratación vigente. Anexo Técnico N° 5 de la Resolución 3047 de 2008 o las que la modifique. (Aplica para Consulta externa, Urgencias y Hospitalización).
- Realizar la revista administrativa en conjunto con el facturador del servicio y articulado con el equipo de admisiones, autorizaciones y trabajo social con el fin de identificar y gestionar las diferentes situaciones que puedan impedir el trámite administrativo de la facturación, dejando registro en formato o herramienta que se defina para el control de pendientes de revista administrativa.
- Soportar y gestionar las actividades y procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente.
- Realizar la relación de la causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al facturador, tanto en físico como a través del sistema de información si este lo tiene implementado, correo electrónico y relación firmada, garantizando la oportunidad en las correcciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente, esta debe ser entregada de manera presencial y no dejar en los servicios.
- Realizar apoyo administrativo según requerimiento solicitado por la referente de facturación, los facturadores o el equipo asistencial, en cuanto a: Cargos contra historia clínica, soportes, etc., evitando así la subfacturación o sobrefacturación de servicios.
- Realizar la revista y apoyo administrativo acorde con la programación de fin de semana y designada por el referente de la Unidad o Líder de la Subred.
- Solicitar al responsable de anulación de facturas en la Unidad, la anulación de las facturas que presenten inconsistencia, con seguimiento y referencia al facturador para que este último reporte la factura con inconsistencia para anulación, realizando seguimiento de la corrección y factura remplaceo, así como el registro o verificación del mismo en el libro de anulación de facturas, controlando el remplazo o refacturación con un plazo no mayor a 48 horas y especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la generación de la factura. Adherirse a las actividades y tiempos definidos en el procedimiento de anulación establecido en la Subred.
- Realizar el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos de los facturadores, servicios de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (E.A.P.B) asignada.
- Entregar al Referente de Facturación, informe semanal o con la periodicidad que se solicite de la facturación pendiente por entregar por facturador, identificando los motivos de la misma, realizando una consolidación mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera parte de los soportes de la ejecución de las actividades.
- Una vez auditadas las facturas entregadas por el facturador, realizar el envío a la central de cuentas de la Unidad o de acopio de la Subred acorde con el instructivo, herramienta o procedimiento definido, este debe ser por Empresa. Debe garantizar que el envío coincida con las facturas físicas o electrónicas remitidas, dejando evidencia documental. En caso de ser asignado para entregar las facturas para remitir a la central de acopio debe garantizar que las remisiones estén organizadas, debidamente marcadas que permitan la conservación de los documentos.
- 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 de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (E.A.P.B) asignada.
- Apoyar el 100% de los puntos de facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E cuando se requiera y en la actividad asignada, garantizando el buen desarrollo de los diferentes procedimientos en los que intervenga el equipo de facturación.