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:
CARLOS ENRIQUE HERRERA MENDEZ	Dia	Mes	Año	KENNEDY
Lider Autorizaciones Subred	26	12	2019	DIRECCION FINANCIERA
Motivo de la solicitud (Marque con una X)	No CONTRATO			

Adición y Prorroga	x	1673	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

AREA: ADMINISTRATIVO [X] ASISTENCIAL [ ]

PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II AUTORIZADORA DIEGO EDUARDO MONTENEGRO CARDOZO CC 1024504871

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:

EXPERIENCIA: (años) 1 EN: ADMINISTRATIVAS

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

TIEMPO DE EJECUCION		Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observación: De acuerdo a honorarios conforme a la Resolución vigencia 2019.
		MES	$ 1.655.031	1	$ 1.655.031	
		HORA				
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. Apoyar técnicamente a los autorizadores y admisionestas para la gestión de solicitudes negadas por parte de las EAPB, teniendo en cuenta la directriz emitieda por el lider del proceso.

b.Verificar la pertinencia de las solicitudes de autorizaciones a las EAPB en la unidad de servicios de asignada por el lider del proceso.

c. Dar alcance a las disposiciones y directricez emitidas por el lider del proceso en la unidad asignada.

d. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.

e. Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se indique los donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida.

f. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.

g. Entregar oportunamente los soportes del proceso de Autorización a los facturadores con el fin de ser anexados en cada una de las facturas generadas a las EAPB.

h. Realizar el proceso de autorización de medicamentos no POS con formatos, y realizar los trámites internos del diligenciamiento y justificación del formulario CTC. Esta actividad aplica para las unidades donde no tiene el perfil encargado de este proceso.

i. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).

j. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

k. 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)

CARLOS ENRIQUE HERRERA MENDEZ		LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO
Nombre y Firma del supervisor		Nombre y firma del Director Financiero