Secretaría Distrital 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	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
JENNY ROCIO AVILA RONDON	**Dia**	**Mes**	**Año**	
LIDER DE FACTURACION SUBRED	11	4	2018	**DIRECCION FINANCIERA**
Motivo de la solicitud (Marque con una X)	**No CONTRATO**			
Adición y Prorroga X	**2849_2018**			**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 Facturación requiere garantizar el Apoyo en en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II 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 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 - JOHAN EDUARDO MEDINA AGUILERA CC 1019003621		
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1		
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 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 ejecutar)	VALOR TOTAL	
TIEMPO DE EJECUCION	**1 MES**	MES	$1.837.000	1	$1.837.000	Observaciones
		HORA				
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. Apoyar en la elaboración del informe de la facturación generada con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma de la Dirección Financiera.

b.Elaborar informe de la facturación Radicada y realizar la respectiva conciliación con cartera con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma.

c. Realizar los ajustes contables requeridos como notas credito y/ o debito según requerimiento.

d. Realizar informe de la circular 014 con la frecuencia y fechas establecidas .

e.Realizar apoyo en la generación de informe de la circular 015 con la frecuencia y fechas establecidas.

e. Realizar apoyo en la generación del informe de producción y facturación por centro de costo con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma de la Dirección Financiera.

f. Realizar seguimiento y/o radicación en el sistema de información a la facturación radicada según las fechas establecidas por cronograma.

g.Realizar apoyo en la generación de los diferentes informes internos y externos que esten a cargo de facturación dentro de las fechas establecidas.

h.Apoyar en la respuesta a solicitudes internas y/o externas realizadas al area de facturación

i. Apoyar el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

j. Efectuar seguimiento a los puntos de control asignados por la coordinación de Facturación al interior de los procedimientos, admisiones y autorizaciones que garanticen el cobro del 100% de los servicios prestados, tendencia de disminución del nivel de glosas y objeciones de tal forma que se reflejen en el aumento del recaudo efectivo.

k. Realizar seguimiento a la facturación pendiente por radicar de las diferentes Unidades.

l. Establecer Planes de Mejoramiento frente a los hallazgos encontrados en la realizacion de informes junto con el area de facturacion de cada unidad y socializarlos donde sean requeridos, realizando seguimiento periodico y avances.

m. Apoyar mediante la preauditoria financiera el correcto procedimiento de facturación, admisión y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de planes de beneficio y aseguradoras, aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en las EAPB.

m. Apoyar en la parametrización del sistema de información en los casos relacionados con facturación cuando sea requerido.

o. Apoyar y participar en las actividades programadas por las diferentes areas de las Subred.(Reuniones,Capacitaciones,Reinducciones y aquellas que sean requeridas)

p. Colaborar en la revisión y optimización de los procedimientos existentes en facturación, admisiones, devoluciones y autorizaciones, a fin de logar articulación, interrelación y disminución de las objeciones y glosas, así como el aumento de recaudo por pagador. Mediante censos realizados en el servicio asignado

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

r. Y demas actividades relacionadas con el objeto contractual que se requieran en el area donde desarrolla sus actividades.

Jenny Rocio Avila Rondon	Martha Yohana Pasachoa Moreno
Nombre y firma del Supervisor	**Vo.Bo. Subgerencia Corporativa**