| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **FORMATO INDIVIDUAL NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** | **CO-BIS-FT-03 V2** |

| FECHA DE SOLICITUD | DD | MM | AAAA |
|---|---|---|---|
| | 22 | 6 | 2018 |

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE | DIRECCION FINANCIERA |
| AREA ESPECIFICA DE SERVICIO | FACTURACION |

| INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente) | BACHILLER | X | BACHILLER TECNICO LABORAL | | TECNICO O TECNOLOGO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÉDICO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO | | MEDICO CON UNA ESPECIALIZACION MEDICO QUIRURGICA | | MEDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MEDICO QUIRURGICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO**

| PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA | Nº PERSONAS |
|---|---|
| BACHILLER EXPERIENCIA DE UN (1) AÑO, BACHILLER Y/O TECNICO CON CONOCIMIENTOS EN LA NORMATIVIOAD LEGAL VIGENTE EN SALUD, RESOLUCION 3037, DECRETO 4747, MANEJO DE TARIFAS SOAT ( FACTURADORES DE URGENCIAS/HOSPITALIZACION) | 1 |

| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |
|---|---|

**3 CARACTERISTICAS TECNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)**

| | ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR |
|---|---|
| 1 | Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de informacion, realizar verificacion de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna |
| 2 | Asignar cama en el sistema de informacion de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno. |
| 3 | Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificacion es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente |
| 4 | Verificar y realizar de cargos diarios ( De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clinico, radiologia, terapia fisica, patologia, nutrición, clinica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urologia, radiologia intervencionista, cardiologia), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería. |
| 5 | Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación |
| 6 | Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales.En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |

**4. JUSTIFICACIÓN**

**Se realiza adición y prorroga al contrato N° 5165 , por el mes de JULIO del año 2018, para dar continuidad al proceso.**

| SOLICITANTE | | | APROBACIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA | FIRMA | NOMBRE | SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA | FIRMA |
| MAURICIO AREVALO BERNAL | DIRECTOR FINANCIERO | | JOSÉ ORLANDO ÁNGEL TORRES | SUBGERENTE CORPORATIVO | |

**5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO**

| | | |
|---|---|---|
| El suscrito Director Operativo del Área de Talento Humano certifica que revisada la planta de personal y el Manual de funciones y competencias laborales vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur no cuenta con el personal de planta suficiente provisto, para el desarrollo de las actividades señaladas en el requerimiento, de acuerdo con el perfill solicitado. | FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO | |