

FECHA: 30/04/2025

DATOS GENERALES
Lugar: DCSNS ☐ SRS ☐ Hospital ☒ CPN ☐
***Nombre del lugar:** HOSPITAL YRENE FERNADEZ

Área: FACTURACIÓN

Nombre de la Actividad: Implementación del proceso de Prefectura en centros priorizados.

Código POA (Si aplica): 1.2.5.1.07

INTRODUCCIÓN

La implementación del proceso de Prefectura en los servicios de hospitalización y emergencias surge como una estrategia integral para fortalecer la gestión operativa, garantizar estándares de calidad asistencial y optimizar la respuesta ante situaciones críticas en el centro de salud. Este modelo, basado en supervisión estructurada, protocolos estandarizados y trazabilidad de procesos, responde a desafíos recurrentes como la sobrecarga de servicios, la gestión eficiente de recursos humanos y materiales, y la necesidad de transparencia en la facturación.

El presente informe evalúa la aplicación de este proceso en nuestro hospital, con énfasis en su impacto en la eficiencia operativa, la precisión en el cobro de medicamentos, materiales y servicios, y su contribución a la sostenibilidad financiera del centro.

OBJETIVO DEL INFORME

- Evaluar la implementación del proceso de Prefectura en los servicios de hospitalización y emergencias, analizando su contribución a la mejora de la eficiencia operativa y financiera.
- Determinar cómo la Prefectura ha optimizado el cálculo y cobro de medicamentos, materiales y estudios médicos.
- Identificar fortalezas y debilidades en la aplicación del proceso.
- Proponer ajustes para su estandarización en otros servicios del centro.

METODOLOGIA (Si aplica)

Implementación de las plantillas de prefectura suministrada por el SNS.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Reducción de tiempos de cálculo: Se observó que, al emplear una plantilla semiautomatizada, el tiempo dedicado a los cálculos se redujo considerablemente.

Reducción en la tasa de errores: La incidencia de errores en los montos facturados se redujo, mejorando significativamente la confiabilidad de los datos.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

La implementación de la plantilla semiautomatizada de Prefectura en los servicios de Hospitalización y Emergencias evidenció un impacto positivo tanto en la eficiencia operativa como en la calidad de la facturación. La estandarización del cálculo y la sistematización de datos lograron no solo optimizar tiempos y recursos, sino también generar confianza en las ARS receptoras.

RECOMENDACIONES

Automatizar un poco más el flujo de trabajo en la plantilla.
Permitir un poco más de maniobrabilidad en la plantilla por parte del personal que va a trabajar en ella. Como por ejemplo, una mayor facilidad para agregar o eliminar filas para facilitar la impresión de la misma.

ANEXOS (Si aplica)

Plantillas de Prefectura suministrada por el SNS.

Instrucciones de llenado:

***Indique nombre del lugar:** Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

Lic. Gustavo Cruz

Lic. Gustavo Cruz

Elaborado por
(Nombre y apellido)



[Handwritten signature]



#NOMBRE DEL HOSPITAL

PRE-FACTURA

DATOS DE LA ADMISION

No. Record: Area: Fecha:
 Nombre: Cama:
 ARS: **SENASA SUBSIDIADO** Tipo de Plan:
 No. Autorización Inicial: No. Autorización Final: NSS / Carnet:
 Via Autorización: Fecha Ingreso: Fecha de Alta:
 Representante ARS:
 Diagnóstico CIE10:
 Otro Diagnóstico:

MEDICAMENTOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
SUB-TOTAL				\$ -

MATERIALES GASTABLES

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
SUB-TOTAL				\$ -

LABORATORIOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
SUB-TOTAL				\$ -

ESTUDIOS / IMÁGENES

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
SUB-TOTAL				\$ -

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
SUB-TOTAL				\$ -

SALA DE EMERGENCIA

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1	SALA SENASA SUBSIDIADO		\$ -	\$ -
SUB-TOTAL				\$ -

TOTAL GENERAL

MONTO RECLAMADO: \$ -
 COBERTURA ARS:
 DIFERENCIA: \$ -

FACTURADO POR

AUDITADO POR

HOSPITAL YRENE FERNÁNDEZ

PRE-FACTURA

DATOS DE LA ADMISION

No. Record: Area: Fecha:
 Nombre: Cama:
 ARS: **SENASA SUBSIDIADO** Tipo de Plan:
 No. Autorización Inicial: No. Autorización Final: NSS / Carnet:
 Via Autorización: Fecha Ingreso: Fecha de Alta:
 Representante ARS:
 Diagnóstico CIE10:
 Otro Diagnóstico:

MEDICAMENTOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
SUB-TOTAL				\$ -

MATERIALES GASTABLES

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
SUB-TOTAL				\$ -

LABORATORIOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
SUB-TOTAL				\$ -

ESTUDIOS / IMÁGENES

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
SUB-TOTAL				\$ -

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
SUB-TOTAL				\$ -

OTROS SERVICIOS

No.	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1				
2				
3				
SUB-TOTAL				\$ -

TOTAL GENERAL

MONTO RECLAMADO: \$ -
 COBERTURA ARS:
 DIFERENCIA: \$ -

FACTURADO POR

AUDITADO POR