

NOMBRES Y APELLIDOS: BRAYAN STEVEN BURGOS DELGADO

Notas Importantes:

- Examen individual con una duración de 90 minutos, máximo.
- La entrega debe hacerse en un zip con las siguientes características:
 - Adjuntar el Word o el PDF de este documento con la solución de los puntos 1 a 3.
 - Adjuntar el Excel del punto 4.
- No se admite hablar con sus compañeros para la resolución del parcial. El parcial es INDIVIDUAL.
- Cualquier intento de copia será considerado fraude y reportado a decanatura.

Escenario: Manejo de Reclamaciones de Seguros de Invalidez en ECI Aseguradora

El proceso inicia cuando un cliente registra un reclamo de invalidez. Para esto, el cliente llena un formulario incluido un cuestionario de dos páginas describiendo la discapacidad. El cliente puede entregar el formulario de forma física en una de las ramas de ECI Aseguradora, por correo postal, fax o por e-mail.

Cuando un reclamo es recibido, un oficial junior de reclamaciones ingresa los detalles de la solicitud en el sistema de información de la aseguradora. El ingreso de datos usualmente toma 10 minutos. El mismo oficial junior realiza una revisión básica para asegurar que la póliza de seguros del cliente es válida y que el tipo de reclamo está cubierto por la póliza de seguros. Muy pocos casos son rechazados en este punto (solo sucede a 2% de los casos). De otra forma es marcada como “elegible” y sigue el proceso.

Después, el reclamo es pasado al oficial senior de reclamaciones quien realiza una evaluación a profundidad de la discapacidad reportada y estima el derecho mensual del beneficio monetario (por ejemplo, a cuánto dinero mensual tiene derecho el reclamante y por cuánto periodo de tiempo).

En el caso de beneficios de discapacidad de corto plazo, el senior puede realizar una evaluación sin requerir más documentación. En estos casos, la evaluación del beneficio toma 20 minutos. Cuando se toma la decisión, el senior registra el derecho en el sistema de información de la aseguradora e informa al cliente del resultado por medio de correo electrónico o por correo postal.

Sin embargo, en el caso de las discapacidades de largo plazo (más de tres meses), el senior requiere un reporte médico completo para evaluar el derecho de los beneficios. El senior ve esenciales a estos reportes para poder hacer una evaluación precisa y evitar fraude. Cuando el senior recibe los reportes médicos, puede

realizar la evaluación en una hora aproximadamente. El senior envía la carta de respuesta al cliente (por correo y por correo postal) para notificar al cliente de su derecho mensual y de las condiciones de su derecho (por ejemplo, cuando finalizará el derecho o cuando debe ser renovado). El derecho es grabado en el sistema de información de la aseguradora.

Después, un oficial financiero inicia el primer derecho de pago manualmente y fija el pago mensual y automático de los meses siguientes. El oficial financiero toma en promedio 20 minutos para manejar un derecho.

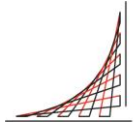
Cuando un reporte médico es requerido, el junior contacta al cliente (por correo o por email) para notificarle que la solicitud está siendo evaluada, y para solicitar al cliente que se envíe un formulario firmado autorizando a ECI Aseguradora para solicitar los reportes médicos de su proveedor de salud (hospital o clínica). Los proveedores de salud no generan reportes médicos a menos que el cliente firme esta aprobación.

Cuando se recibe la autorización, el junior envía (por correo postal) una solicitud de reportes médicos al proveedor de salud junto con la carta de autorización firmada por el asegurado. Los hospitales responden a ECI Aseguradora por correo postal o en algunos casos por e-mail.

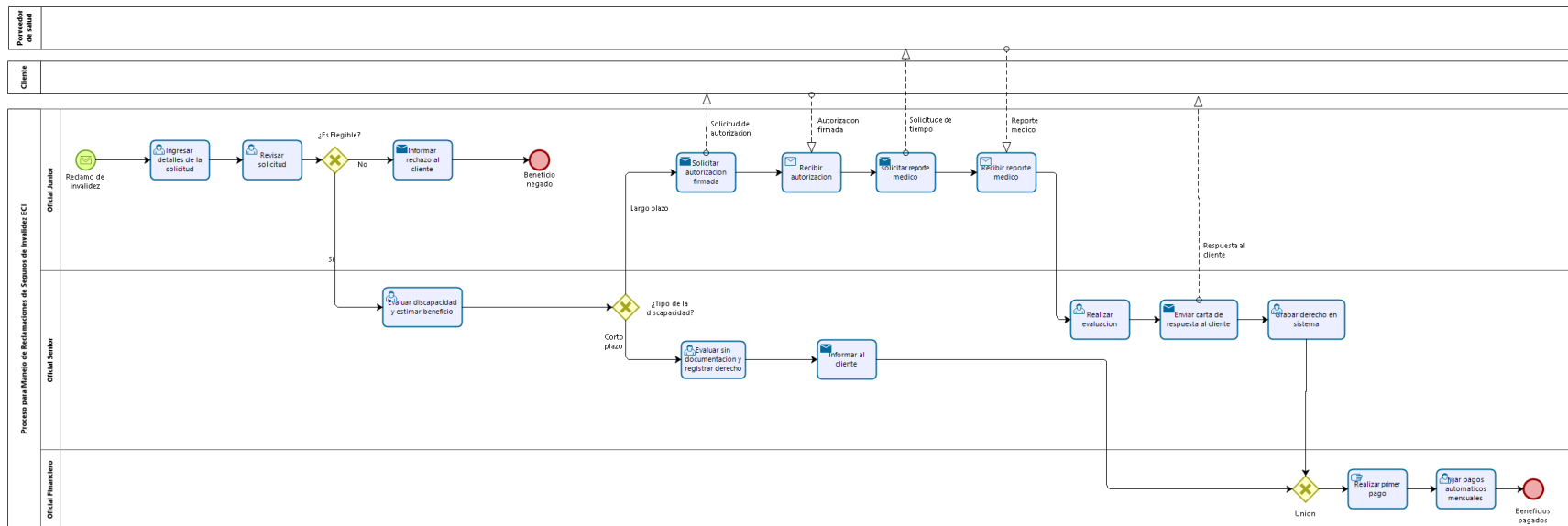
En promedio le toma hasta 15 días hábiles a ECI Aseguradora poder obtener un reporte médico desde el proveedor de salud (incluyendo 4 días hábiles requeridos para la ida y vuelta de correos postales). Algunos proveedores de salud son muy cooperativos y responden en un par de días hábiles después de recibida la solicitud. Otros pueden tomar hasta 30 días hábiles en responder.

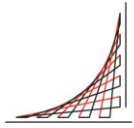
Como resultado, el tiempo promedio entre el registro de solicitud y la toma de decisión es 3 días hábiles en el caso de solicitud de discapacidad de corto plazo y 20 días hábiles para las discapacidades de largo plazo.

Naturalmente, las esperas tan largas les causan ansiedad a los clientes. En el caso de las discapacidades de largo plazo, un cliente puede en promedio llamar o enviar correos dos veces, mientras que la solicitud está siendo procesada. Estas solicitudes son respondidas por el junior y toma hasta 10 minutos por solicitud. Hasta un tercio de los casos, el junior termina contactando el proveedor de salud para solicitar la fecha estimada en la que se recibirá el reporte médico.

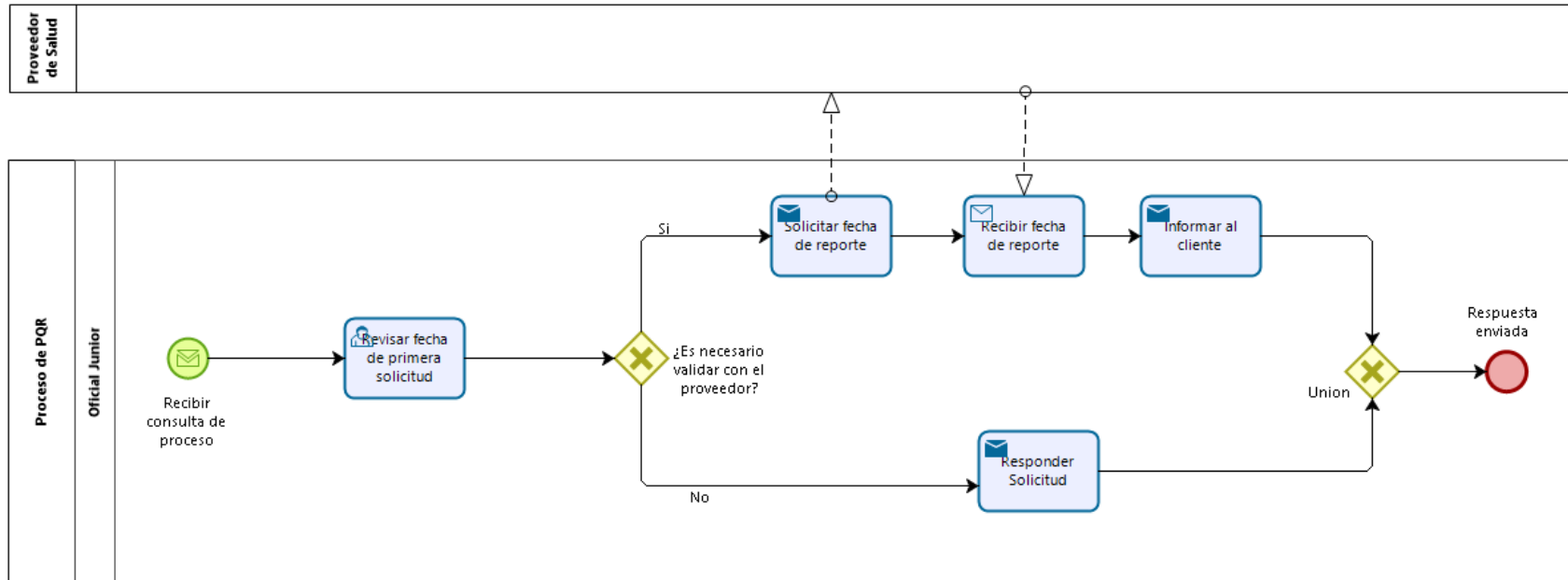


Proceso Principal AS-IS





Proceso PQRs AS-IS



1. (25 PUNTOS) Identificar todos los issues que encuentren en el AS-IS

ISSUE Nº	FUENTE DEL ISSUE (WASTE / VALUE ADDED)	EXPLICACIÓN
1	Waste analysis	En medio de la ejecución se envía y se recibe una autorización, pero no importa si no se recibe, no existe nada que NO le permita seguir el avance
2	Waste analysis	Los pagos son automáticos, ¿qué sucede si no se realiza el pago de algún empleado y se da por finalizado el proceso, por eso el primer pago pierde valor.
3		

2. (20 PUNTOS) Elija dos issues de los que identificó y haga el análisis de causa-raíz (Pueden usar why-why diagram o fishbone)

Issues #1

- Se envía y se recibe una autorización ¿Por qué?
 - Esto implica que no recibir debería atorar el proceso ¿Por qué?
 - Debería responder para poder continuar ¿Por qué?
 - La verificación se hace con el fin de corroborar la información
 - El modelo debe tener una estrategia para que hasta que no llegue la confirmación, no continúe

Issues #2

- Los pagos se automatizan, pero tienen un error ¿Por qué?
 - Se da por finalizado el proceso si verificar que todos los pagos fueron realizados ¿Por qué?
 - Debería de tener un validador para poder saber si todos los pagos fueron realizados ¿Por qué?

- En dado caso que alguien quede por fuera del pago de cartera, es un lio para el financiero volver a realizar informes de nomina y pagos
 - Verificar si todos los pagos se realizaron, antes de cerrar el proceso es mejor para evitar problemas con los empleados.

3. (25 PUNTOS) Indicar los principios de rediseño que podrían aplicar para solucionar los issues y la razón (La razón debe ser una justificación claramente argumentada)

PRINCIPIO	APLICA SI/NO	EN CASO DE QUE APLIQUE: ¿POR QUÉ?
Paralelismo	NO	
Trabajo basado en casos	NO	
Empoderamiento		
Eliminación de tareas	SI	Eliminar solicitar y recibir autorización, porque no detienen el proceso, cuando deberían. (us1)
Composición de tareas	SI	Una sola tarea en solicitar y recibir autorización, para poder mejorar el proceso y disminuir costo en la implementación. (us1)
Resecuenciación	NO	
Capturar información en el origen	NO	
Procesar y tomar decision en el punto en el que se procesa la información	NO	

PRINCIPIO	APLICA SI/NO	EN CASO DE QUE APLIQUE: ¿POR QUÉ?
Maximizar paralelismo	NO	
Estandarización del proceso	NO	
Optimización de comunicación	SI	Pagos mensuales y recepción del pago por parte de los empleados. (us2)
Automatización	SI	Pagos mensuales con verificación por parte de los empleados por T determinado. (us2)

- I. **(30 PUNTOS)** A partir del AS-IS determinado anteriormente y el TO-BE que se entrega a continuación, complete lo que indica el Excel adjunto a este enunciado.

