	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	24/02/2017	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o Sede: Facturacion Subred
Sandra Jinet Tafur Hernández	Dia	Mes	Año	
	14	9	2018	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga		4390-2018	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición	x		
Prorroga			
Reinicio			

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificaciòn presupuestal)

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA I en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizaran 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 APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA I 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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA I- LUIS EDUARDO PEREZ SANCHEZ CC 1094921141	
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1	
EXPERIENCIA: (En años)		EN:

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	Contingencia de facturación por caída del sistema en la USS bosa el día 10 de septiembre con intensidad de 8 horas día, adicional genero la vacunación del mes de junio-julio de la unidad de bosa los días 1,2,8,9,15,16,22.23 de septiembre con intensidad de 12 horas día para un total de 96 horas
		MES				
		HORA	$ 7.726	104	$ 803.504	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1-Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
2. consultar ,verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención conforme a la resolución 412 de 2000 en coordinación con el equipo de PyD de la Subred.
3. Realizar la admisión y actualizacion de datos del paciente aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
4. Realizar la asignación de citas Y la facturacion de vacunacion conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades de la Subred e informar al usuario el valor de la cuota moderadora, cuota de recupeacion o copago de acuerdo a la afiliación del usuario.
5.Se realiza facturación de talonario por plan de contingencia para la entrega de medicamentos en el area de farmacia.
6.Realizar el cierre de caja en cada entrega de turno, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro.

Sandra Jinet Tafur Hernández	Martha Yolima Pasachoa Moreno	Alma Axira Ampudia Arriaga
Nombre y firma del Supervisor	Vo.Bo. Subgerencia Corporativa	Director Fianaciero (E)

21 SEP. 2018