| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| **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** | | | | |
| **Adición** | **x** | **4526-2018** | **Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural** | |
| **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 URGENCIAS II 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 URGENCIAS 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 ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II -DAVID ALFONSO CARRANZA CC1012381138 | |

**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

| | | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar ) | VALOR TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **TIEMPO DE EJECUCION** | | MES | | | | **Contigencia de la facturacion manual por la caida (26 y 27 de Agosto )el dia 3 de septiembre 2018 con intesidad de 6 horas jornada contrataria al desarrollo de las actividades.** |
| | | HORA | $ 8.398 | 6 | $ 50.388 | |
| | | ACTIVIDAD | | | | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1-se realizo verificacion de derechos de los diferentes usuarios que estuvieron en la USS Pablo VI Bosa, en las diferentes paginas que maneja el area de facturacion como COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES, DNP, PAGINA WEB CAPITAL SALUD Y PAGINA CAPITADOS UNICAJAS, realizando asi la correcta facturacion de los servicios prestados, para asi dar cumplimiento a la completa radicacion de lo facturado.
2-Se realiza revision de las admisiones corroborando los 8 correctos los cuales son (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia), para asi evitar que se presenten eventos adversos.
3. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios de los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.
4-Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.
5. Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes

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

12 1 SEP 2018