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

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) **Sandra Jinet Tafur Hernández**		**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o Sede: Facturacion Subred**
		Dia	**Mes**	**Año**	
		12	10	2018	**Dirección a la que pertenece: FINANCIERA**
Motivo de la solicitud (Marque con una X)			**No CONTRATO**		
Adición y Prorroga		**4640-2018**		**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 TECNICO ADMINISTRATIVO llen 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 TECNICO ADMINISTRATIVO 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 TECNICO ADMINISTRATIVO II- MARTHA JANNETH GUERRERO TUNJANO CC 52302476		
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	**Realizo actividades adicionales en el proceso de generacion de la cuenta de capital salud del 1 al 9 de octubre.**
		MES				
		HORA	$ 9.876	66	$ 651.816	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Verificar el físico de la facturación entregada por las unidades contra la base del reporte de cada una de las facturas.
2. Verificar el motivo de la notas crédito con lo reportado por la unidad
3. Realizar el seguimiento , elaboracion y radicacion de la facturación de Capital salud por un valor total 10.273.706.616 millones

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