Secretaría Distrital 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)	**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**	**5574-2018**	**Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**
Prorroga			
Reinicio			

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificación 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 -YENNY ANDREA RUIZ GUTIERREZ CC 1030597822		
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				**Contingencia de facturacion por caida (26 y 27 de Agosto) del sistema de Informacion los dias 1,2,3,4,5 de septiembre con una intensidad horaria de 3 horas diarias**
		HORA	$ 7.726	15	$ 115.890	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Realizar la revisión en el talonario de facturacion manual los servicios descritos, para ingreso y sistema posterior facturacion
2. Hacer la impresión de la factura que se genero facturacion manual
3. Realizar la búsqueda de los soportes correspondiente a la factura (historia clínica, notas de enfermería, hojas de gasto, epicrisis etc.)
4. Realizar la búsqueda e impresión de la las autorizaciones y verificación de derechos en el aplicativo de la unidad.
5. Verificar la soportación de la factura para la radicación en las diferente EAPB

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

12 1 SEP. 2018