	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 no perfil del supervisor)		Fecha de la Solicitud			Dependencia o Sede: Facturacion Subred
Sandra Jinet Tafur Hernández		Dia	Mes	Año	
		26	11	2018	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA
Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO			
Adición y Prorroga		5450 -2018		Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	
Adición	x				
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 TECNICO 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

Descripción del servicio solicitado

Prestar servicios comoAPOYO ADMINISTRATIVO TECNICO 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 TECNICO I - CRISTIAN CAMILO PORRAS QUINTERO CC 1030605058		
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 actitividad 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	
		MES				Apoyo en auditoria de cirugias ambulatorias los dias:01,02,06,07,08,09,13,14,15,16,20,21,de noviembre con una intensidad de 3 horas cumpliendo un total de horas realizadas de 29 horas adicionales.
		HORA	$ 8.554	36	$ 307.944	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1-Se realizo el apoyo en la auditoria de cuentas medicas servicio cirugias ambulatoria,realizando la recepcion de la facturacion atraves del sistema de informacion y se alimentala base de las facturas recibidas para auditoria y seguimiento.
2-Se verifico factura a factura la aplicacion de la contratacion vigente de la subred,identificado la inconsistencias presentadas , reportandolas a cada facturador para su ajuste correspondiente.
3- se realizo el seguimiento a cada facturador correspondiente para realizar la entrega oportuna de las facturas a la central de acopio.

Sandra Jinet Tafur Hernández	Martha Yolima Pasachoa Moreno	Luz Myriam Roncancio Roncancio
Nombre y firma del Supervisor	Vo.Bo. Subgerencia Corporativa	Director Fianciero