16

Doris L. Casallas C.C. 39766210

	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO	Versión:	1	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación:	27/06/2017	
		Código:	04-02-FO-0011	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**	**PAPS ALCALÁ**
LILIANA RÍOS VELANDIA **Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**Dirección a la que pertenece:**	**DESARROLLO INSTITUCIONAL**
	16	**1**	**2019**		

Contrato Nuevo (Marque con una X)	X	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**

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

La oficina de Desarrollo Institucional-Gerencia de la Información, requiere la contratación de un AUXILIAR ADMINISTRATIVO I -Estadística, en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan 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 como AUXILIAR ADMINISTRATIVO I -Estadística, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.; de acuerdo a las necesidades de la Institución.

AREA	ADMINISTRATIVO	X	ASISTENCIAL	
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I			

NUMERO DE PERSONAS R 1

HABILIDADES: :Desempeñarse con compromiso y responsabilidad ética dentro de las características socioculturales económicas, individuales y colectivas en el área de la prestación de sus servicios y actuar en consecuencia desde su profesionalismo y autodeterminación, en cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

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 las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)
TIEMPO DE EJECUCION	MES	3	"De acuerdo a la Resolución de Honorarios Vigencia 2019"
	HORA		
	ACTIVIDAD		

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 3. Participar en la programación de las actividades del área. 4. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 5. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.9. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.10. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 11. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la realización de las actividades de acuerdo con el sistema de información de la Subred.12. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 13.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

LILIANA RÍOS VELANDIA	MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Subred Sur Occidente ESE.	Subgerente Corporativa- Subred Sur Occidente ESE.