1358

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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 SUR OCCIDENTE
Sandra Jinet Tafur Hernandez	Dia	Mes	Año	Dirección a la que pertenece: FINANCIERA
	16	8	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	
Adición y Prorroga				
Adición	X	4496-2018		
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 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

Descripción del servicio solicitado

Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURDOR 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 -JAIME ALBERTO ARIZA GALVIS CC-80152532			
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	Apoyo en el proceso de la generacion de la cuenta de capital salud los dias 2,3,8,9,10,11,12,13,16,17,21,22 de agosto con intensidad de 4 horas dia
		MES				
		HORA	8357	48	$ 401.136	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1-Se realizo el armado de la cuenta CAPITAL SALUD, identificando la tipologia correspondiente a cada servicio prestado.

2-Se verifico la correcta admision,facturacion y autorizaciones de los usuarios de capital salud,aplicando la contratacion vigente y realizando la retroalimentacion de las inconsistencias identificadas.

3- se realizo punteo de las facturas generadas contra lo entregado por cada una de las revisoras unificando toda la facturacion de los usuarios capital salud urg y hosp con la unidad del sur.

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