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 Hernandez**	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o Sede:** USS FONTIBON
	Dia	**Mes**	**Año**	**Dirección a la que pertenece:** FINANCIERA
	14	8	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga			
Adición	X	4400-2018	**Formato documentos mínimos 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

Descripción del servicio solicitado

Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURDOR 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 FACTURDOR CONSULTA EXTERNA I -SINDY GEESEL FORERO GARCIA CC.1023912172			
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				Cubrimiento adicional en el servicio de consulta externa el dia Sabado 11 de agosto del 2018 de 7:00 am a cumpliendo con 9 horas adicionales en el paps centro dia. Por renuncia de Alba Velandia quien renuncio el 31 de julio de 2018.
		HORA	$7,726	9	$ 69,534	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1-se verifico en las bases de datos el estado de afiliacion del paciente realizando signacion y facturacion de servicios (ver Facturas).

2-. se consulto y se verifico las frecuencias de uso de las actividades de promocion y prevencion a todos los usuarios que solicitaban algun servicio en la unidad y se realizo asignacion correspondiente de activiades de PYD que aplicaran para cada paciente, segun normatividad.

3-Se realizo la asignación del los servicios ambulatorios solicitados por los pacientes de acuerdo a la verificacion de la matriz de contratacion lo cual se evidencia agendas respectivas por profesional de la unidad asignada

4-se verifico los ocho correctos del paciente con el fin de actualizar la informacion y garantizar que los datos se han correctos.

5-Se recauda y se deposita a diario el dinero recaudado obtenido por la prestacion de los servicios. Al cual se realiza seguimietno a traves del cuadro de actividades semales.

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