

 REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA		Versión: 1 Fecha de aprobación: 24/02/2017 Código: 04-02-FO-0005																	
Quien solicita (colocar cargo y lo perfil del supervisor) Sandra Jinet Tatur Hernández		Fecha de la Solicitud Día: 26 Mes: 11 Año: 2018																	
Motivo de la solicitud (Marque con una X) Adición y Prorroga ☒ Adición ☐ Prorroga ☐ Reinicio ☐		Dependencia o Sede: Facturación Subred Dirección a la que pertenece: FINANCIERA																	
No CONTRATO		Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural																	
JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO (Prevía verificación presupuestal)																			
La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos contractuales como APOYO ADMINISTRATIVO TECNICO 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 TECNICO II y de apoyo a la gestión 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 institución																			
AREA: ADMINISTRATIVO ☒ ASISTENCIAL ☐		PERFIL: APOYO ADMINISTRATIVO TECNICO II - OLGA STEFANNY RAMOS MARTINEZ CC 1016075268																	
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 conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad 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		<table border="1"> <tr> <td>Marque con una X según corresponda tipo de contrato</td> <td>VALOR UNITARIO (meses, horas, actividades a contratar)</td> <td>CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)</td> <td>VALOR TOTAL</td> </tr> <tr> <td>MES ☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HORA ☒</td> <td>\$ 9.876</td> <td>24</td> <td>\$ 237.024</td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDAD ☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO (meses, horas, actividades a contratar)	CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	MES ☐				HORA ☒	\$ 9.876	24	\$ 237.024	ACTIVIDAD ☐			
Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO (meses, horas, actividades a contratar)	CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL																
MES ☐																			
HORA ☒	\$ 9.876	24	\$ 237.024																
ACTIVIDAD ☐																			
ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA 1-Se realiza verificación de derechos de los diferentes usuarios que estuvieron en la unidad de servicios de salud fontibon, en las diferentes paginas que maneja el area de facturacion como COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES, DNP, PAGINA WEB CAPITAL SALUD Y PAGINA CAPITADOS UNICAJAS, realizando así la correcta facturación de los servicios prestados, para así dar cumplimiento a la completa radicación de lo facturado. 2-Se realiza revisión de las admisiones corroborando los 8 correctos los cuales son (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia), para así evitar que se presenten eventos adversos. 3-Se realiza cierre de caja a diario depositando dinero en caja fuerte y soportes en libro de recaudo y el cual se encuentra registrado en el seguimiento de actividades por semana.																			
Sandra Jinet Tatur Hernández Nombre y firma del Supervisor		Martha Yolima Pasachoa Moreno Vo.Bo. Subgerencia Corporativa																	
		Luz Myriam Rencancio Rencancio Director Financiero																	