	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	13/11/2019	
		Código:	18-01-FO-0013	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: Desarrollo Institucional
LILIANA RÍOS VELANDIA	Día	Mes	Año	Direccion a la que pertenece: Desarrollo
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	18	12	2019	Institucional

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

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

La oficina de Desarrollo Institucional garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como AUXILIAR ADMINISTRATIVO I 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.

Descripciòn del servicio solicitado

Prestar servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO I- Archivo 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 REQUERIDAS: 1	MARÍA PAULA CASTRO PADILLA c.c: 1013627084

HABILIDADES: Manejo de paquetes ofimaticos, manejo de bases de datos, generacion de informes, apoyo auxiliar en la gestión de sistemas, manejo de la seguridad de la información y fortaleza para trabajo en equipo

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		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	Observaciones: Honorarios de acuerdo a la Resoluciónaplicable vigencia 2020.
	MES	X		
	HORA			
	ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos del servicio de odontologia para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral. 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
3. 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 4. Participar en la programación de las actividades del área.5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.7. Impartir instrucciones al personal a cargo8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.9. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.12. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.13. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento14. 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.16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.17. Participar en las jornadas de capacitación, Inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.19. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.20. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente23.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato, parte del servicio.

LILIANA RÍOS VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Subred Sur Occidente E.S.E.

MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO
Subgerente Corporativa- Subred Sur Occidente E.S.E.