

|                                                                                   |                                                                               |                      |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br/>PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  |
|                                                                                   |                                                                               | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                               | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                     |

|                                                                                                                             |                              |     |      |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)</b><br><b>FREDY RODRIGUEZ BARRERA-REFERENTE<br/>DE FARMACIA</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b> |     |      | <b>Dependencia o sede:</b><br><b>BOSA II DIRECCION DE SERVICIOS<br/>COMPLEMENTARIOS</b> |
|                                                                                                                             | Día                          | Mes | Año  |                                                                                         |
|                                                                                                                             | 3                            | 1   | 2019 |                                                                                         |

|                                                  |                                     |                    |                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b> |                                     | <b>4335 - 2018</b> | <b>Formato documentos mínimos para<br/>celebrar contrato : Lista de Chequeo<br/>Persona Natural</b> |
| Adición y Prorroga                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                    |                                                                                                     |
| Adición                                          | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                                     |
| Prorroga                                         | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                                     |

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

La Dirección de Servicios Complementarios, requiere garantizar el Apoyo en la elaboración de los procesos Contractuales como Auxiliar de Farmacia, en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Bosa II de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

|                                                                           |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Descripción del servicio solicitado</b><br><b>AUXILIAR DE FARMACIA</b> |                                                        |
| <b>AREA:</b> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>                      | <b>ASISTENCIAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> |

|                 |                             |
|-----------------|-----------------------------|
| <b>PERFIL</b>   | <b>AUXILIAR DE FARMACIA</b> |
| <b>PERSONAS</b> | <b>1</b>                    |

**EXPERIENCIA: MESES** **EN: AUXILIAR DE FARMACIA**

**HABILIDADES:** Manejo de herramientas informáticas - liderazgo - capacidad de comunicación (habilidad de relacionarse y mantener una comunicación fluida con usuarios) - trabajo en equipo con los demás miembros de la organización - puntualidad.

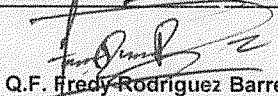
**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. 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

| QUINCE DIAS | MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz) | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO (meses, horas, actividad) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar) | VALOR TOTAL |
|-------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|
|             |                                                  | DIAS                                                |                                          |                                                  | 0           |
|             |                                                  | HORA                                                | 8475                                     | 93                                               | 788.175     |
|             |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                          |                                                  | 0           |

1) Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario. 2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue. 3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. 4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. 5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 6) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 7) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 10) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 11) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 12) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 13) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 14) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 15) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio. 16) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 17) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

**CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA**

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Q.F. Fredy Rodriguez Barrera</b><br>Nombre y firma del Supervisor | <br><b>Danny Teheran Turizo</b><br>Director(a) servicios complementarios |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Johana Felisa Moreno  
1121839100