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:**
FREDY RODRIGUEZ BARRERA-REFERENTE DE FARMACIA	**Dia**	**Mes**	**Año**	**BOSA II DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**
	17	**5**	**2019**	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)			
Adición y Prorroga	X	**2634-2019**	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

JENNY RIVERA MATALLANA C.C 1005770701

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

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

Descripciòn del servicio solicitado

AUXILIAR DE FARMACIA

AREA:	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X

PERFIL	**AUXILIAR DE FARMACIA**
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	**1**

EXPERIENCIA: (En 6 MESES **EN: AUXILIAR DE FARMACIA**

HABILIDADES: Manejo de herramientas informaticas - liderazgo - capacidad de comunicación (habilidad de relacionarse y mantener una comunicacion fluida con usuarios) - trabajo en equipo con los demas miembros de la organizacion - 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 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 1 (UN) MES	**MONTO TOTAL** (valor no debe registrarse en lapiz)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL
		MES			**0**
		HORA	8984	186	**1.671.024**
		ACTIVIDAD			**0**

1) Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula 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

Q.F. Fredy Rodriguez Barrera		**Danilys Teheran Turizo**
Nombre y firma del Supervisor		Director(a) servicios complementarios