Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	20587958							
CORREO ELECTRONICO:	mairitandijo@hotmail.com				CELULAR:	3208927691							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Sur												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	CAPS TRINIDAD GALAN							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590405689								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4617-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 9		
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/18	NÚMERO DE CRP	43129	FECHA	30/09/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional.**								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	10	2018		31	10	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.966.850
VALOR EJECUTADO	$14.966.850
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.627.200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8330287811-8330588332	$781.242	$112.800	$144.300	3	$22.000	$281.500

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Octubre del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maira López
MAIRA HERMINDA LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA			**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**						
No. DE CONTRATO	4617-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA		**C. C.**	20.587.958			DE	GACHETÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: SPrestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 85 formulas, y urgencias formulas: 60
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	facturación de medicamentos, ambulatorio: 85 y urgencias 60
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.-
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo	cuadro de limpieza semanal
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes.
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la subred	PROGRAMADO	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad.	Mediante el cumplimiento de las normas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimento	PROGRAMADO	se realiza informe de actividades y certificación	informe cuenta de cobro y certificación.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	se deja todo en orden al terminar el turno.

Participar en las jornadas de capitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a los cuales	PROGRAMADO	se asiste a capacitaciones.	acta de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interistitucionales y extra institucionales	PROGRAMADO	se apoya a la Subred por medio de actividades.	actas de asistencia.
desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de	PROGRAMADO	se entregan actividades al supervisor del contrato.	informe de actividades.
Responder por los elementos entregarlos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	Elementos existentes en farmacia.
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio	PROGRAMADO	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.	Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PROGRAMADO	Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social.	Certificado de pago.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Informe de actividades e informes mensuales.
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que se generen.	PROGRAMADO	Se garantiza la calidad de los servicios.	cero quejas por parte de pacientes.
Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	PROGRAMADO	Se cumple las leyes y toda normatividad.	cumplimiento por parte del area, revisiones periodicas.
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	PROGRAMADO	Se aplican politicas institucionales mediantre revisiones periodicas.	Auditorias de concurrencia.
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el	PROGRAMADO	Se alista glosa del Fondo Financiero del periodo Agosto a Octubre 2017	Se envían soportes de glosa de FFDS.

Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. .	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Se verifica en informes de actividades.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.254.350 DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS.

CONTRATISTA: ~~NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL~~ Naira lopez

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 31-10-2018

supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA
No. Identificación:	CC20587958
Dirección:	CL 60C SUR 81G 39
Telefono:	5661779
Correo:	mairitandijo@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8330287811

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA
Tipo y número de identificación	CC20587958
Número de planilla	8330287811
Fecha pago	2018-10-08
Número de autorización pago	23033616
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
231001	Colfondos	125000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15700	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 20587958
APELLIDOS Y NOMBRES: MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	231001	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

PAGADA 8330287811

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20587958	MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA		CL 69C SUR 81G 39	5661779	mairalopez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8330287811	08/10/2018				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	N	12/10/2018	8330588332	$39.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	15.100	0		0		0	0	0	0	15.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	19.300	0	0	0	0	0	0		19.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	2.900				2.900	0	0	2.900			29	2.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.400	0	0	2.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	15.100	15.100
Pensión	1	19.300	19.300
Riesgos Laborales	1	2.900	2.900
CCF	1	2.400	2.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	39.700	39.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EPS FAMISANAR S.A.S.

NIT 830.003.564 - 7

LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO POBLACIONAL

CERTIFICA:

Que al afiliado(a) MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA con CC 20587958 e IPS Primaria COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO le han sido autorizados los siguientes servicios, desde 07/11/2002 hasta la fecha según lo solicitado.

Este Certificado contiene los Servicios Utilizados por el plan POS. Si el Usuario tiene servicios con otro plan debe descargar el Certificado correspondiente.

FECHA	IPS	SERVICIO
07/04/2017	COLSUBSIDIO CLINICA CIUDAD ROMA	HOSPITALIZACION QUIRURGICA E INTERVENCIONES
14/08/2013	E.S.E. HOSPITAL DEL SUR	URGENCIAS
08/01/2009	CAFAM CLINICA PEDIATRICA	URGENCIAS
28/04/2004	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	ATENCION ODONTOLOGICA
08/11/2002	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	URGENCIAS
07/11/2002	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	URGENCIAS

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MAIRA HERMINDA LOPEZ BARRERA identificado(a) con C.C No. 20.587.958, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de octubre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ARL | sura

Medellín, 11 de octubre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MARIA HERMINDA LOPEZ BARRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 20587958 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C205879581828447979

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos al: 11/10/2018 1:19 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3-05-2018	
		Código:	02-01-F0-0001	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _x___

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _PUENTE ARANDA __

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_CAPS TRINIDAD GALÁN__

Tipo de acta		
COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X__		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 09/10/2018	LUGAR: FARMACIA	HORA INICIO: 1: 00 PM
RESPONSABLE: (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL: 1: 15 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización asegúrate mes de Octubre

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Socialización de metas internacionales
2. Identificación de las 7 metas
3. Preguntas a personal
4. Cierre de acta

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

Siendo la 1 pm se inicia socialización del asegúrate del mes de Octubre en cual describe las 7 metas internacionales de seguridad del paciente.

1) Meta 1 identificar correctamente a los pacientes (se describe como aplicar esta meta en farmacia, y la importancia de la correcta identificación de los pacientes).
2) Meta 2 mejorar la comunicación efectiva – (se explica la importancia de la buena comunicación hacia los pacientes)
3) Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, se indaga acerca del conocimiento que tiene el personal de los medicamentos de alto riesgo cuál es su semaforización respectiva.
4) Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y paciente correcto.
5) Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
6) Reducir el riesgo de daños al paciente causado por caídas.
7) Prevenir la aparición de zonas de presión en el paciente.

Se da por terminada la socialización.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3-05-2018	
		Código:	02-01-F0-0001	

FECHA:	TEMA:

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	FIRMA
1	Morelia Guerrero	Capst Galán	Aux farmacia	Morelia G.
2	Coren lopez	capst Galan	Aux Farmacia	Coren lopez
3	Gina Paola Hernandez	caps Galan	Aux Farmacia	
4	Luz Angelica Riaño	Caps Gala	Aux Farmacia	Angelica Riaño
5	Norma Yasmin Jombana.	Caps Galan	Aux Farmacia	
6	Claudia Patricia Molina	Capr Galán	Regente	
7	Pedro Ricaurte.	Caps Galan	Auxiliar	Pedro Ricaurte.
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				