Secretaría de Salud 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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARLENE LOPEZ GARCIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	35.375.390							
CORREO ELECTRONICO:	maloga65@hotmail.com				CELULAR:	3123599495							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PUENTE ARANDA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	USS ABASTOS ADMINISTRATIVO							
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	007590389172								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2417-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9 DE 9				
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	42028	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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:	$1.873.392									
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:	$17.288.588
VALOR EJECUTADO	$17.288.588
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.873.392
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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8483752530 - 8485088504	$920.580	$115.072	$147.292	3	$22.425	$284.789

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.

RODRIGO GONZALEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO Q.F
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARLENE LOPEZ GARCIA
REGENTE DE FARMACIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIO FARMACEUTICO			Sede: CAPS PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	2417-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARLENE LOPEZ GARCIA		C. C.		35.375.390		DE		EL COLEGIO

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar el proceso de dispensación y suministro de los medicamentos y dispositivos médicos en forma oportuna.	**Programado**	Hacer seguimiento de la oportuna dispensación en las farmacias de la Subred.	Se gestionan los pedidos y pendientes de medicamentos y dispositivos médicos.
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos y dispositivos médicos que lleguen por parte de los proveedores y velar que estos cumplan con las condiciones técnicas requeridas por la institución.	**Programado**	Hacer seguimiento de los informes de recepción técnica enviado por los responsables de las cinco farmacias de la Unidad Puente Aranda.	Se gestionó la rotación de los medicamentos próximos a vencer de acuerdo al informe de recepción técnica, con las otras Unidades de la Subred y con los proveedores.
Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondan a las solicitadas.	**Programado**	Hacer el respectivo seguimiento de los pedidos recibidos de la Unidad Puente Aranda.	Se registran las facturas y cantidades de medicamentos solicitados Vs recibidos en el formato establecido de las cinco farmacias de la Unidad Puente Aranda.
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a su cargo.	**Programado**	Colaborar en caso necesario con la consulta y el seguimiento de los ingresos errados de medicamentos y dispositivos médicos.	Se revisa ingresos de facturas y traslado de medicamentos gestionados en el mes.
Realizar la verificación de lo ordenado frente al dispensado y hacer los respectivos registros en el sistema de información.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No se generaron productos.
Validar los informes de próximos vencimientos de medicamentos y dispositivos médicos y si estos no son reportados a tiempo, realizar la comunicación al coordinador del servicio farmacéutico para tramitar su respectivo descuento de nómina.	**Programado**	Recibir los informes de los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer de las farmacias de la Unidad Puente Aranda y hacer seguimiento.	Se ha cumplido con el seguimiento de los informes de próximos a vencer de las cinco farmacias de la Unidad Puente Aranda en este periodo. Se envía medicamentos próximos a vencer y baja rotación a DISCOLMEDICA.
Realizar auditoria a los movimientos de medicamentos de control especial y estructurar los informes de movimientos,garantizando que los datos registrados sean confiables y verídicos y remitirlos al coordinador del servicio farmacéutico.	**Programado**	Recibir los informes de los medicamentos de control especial de las farmacias CAPS Galán y CAPS Patio Bonito de la Unidad Puente Aranda y hacer seguimiento.	Se envía informe de medicamentos de control especial del mes de agosto.
Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposición de medicamentos y dispositivos médicos realizando un adecuado proceso de planeación de los pedidos según tiempos de reposición establecidos.	**Programado**	Hacer seguimiento de los pedidos de medicamentos y dispositivos médicos solicitados en este periodo y gestionarlos.	Se envían oportunamente los pedidos de acuerdo a lo solicitado por cada Unidad a los proveedores.
Promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotación de inventarios y proximo vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos y/o gestionar con otras farmacias su rotación para evitar que éstos se venzan.	**Programado**	Hacer seguimiento de los medicamentos de baja rotación y/o próximos a vencer y gestionarlos.	Se hace la respectiva revisión de los medicamentos próximos a vencer y/o baja rotación de las farmacias de la Unidad Puente Aranda y se realiza la rotación y se descontaron las cantidades solicitadas en el pedido.
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de la farmacia.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No se generaron productos.
Apoyar al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico en la gestión y presentacion de informes a las diferentes entidades de control.	**Programado**	Gestionar lo solictado por el químico farmacéutico acerca de los informes de los entes de control.	Se consolidó información de los informes de los entes de control.
Realizar la estructuración y entrega de los informes de gestión que sean requeridos por el Químico Farmacéutico y/o Coordinador del servicio farmacéutico.	**Programado**	Gestionar lo solictado por el químico farmacéutico acerca de los informes de gestión.	Se consolidó información de los informes de gestión.
Realizar la verificación y velar por el cumplimiento del diligenciamiento los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmacéutico para soportar su gestión.	**Programado**	Gestionar correctamente los formatos establecidos en el servicio.	Se registraron de manera correcta la información en los formatos establecidos.

Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos médicos.	**Programado**	Hacer seguimiento a los pedidos solicitados por las farmacias de las Unidades.	Se realiza una revisión minuciosa a los pedidos solictados por las farmacias para evitar errores de solicitud y/o sobrestock.
Manejar los medicamentos de control de control especial y monopolio del Estado conforme a la normatividad vigente.	**Programado**	Realizar seguimiento de la información recibida de los CAPS Galán y CAPS Patio Bonito de los informes de control especial.	Se revisaron los informes recibidos y se enviaron al F.N.E en los tiempos establecidos.
Realizar auditoria de los carros de paro, kits y equipos de reanimación de los diferentes servicios y emitir informe por escrito de los hallazgos a los coordinadores del área asistencial.	**Programado**	Hacer seguimiento del cumplimiento de las programaciones de la revisión de los Kit necesarios para los CAPS Patio Bonito.	Se realiza la respectiva reposición del carro de paro y del kit de VIH en la USS Patio Bonito.
Apoyar el desarrollo de la política institucional de medicamentos y los programas de farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Uso racional de Antibióticos y programa de seguridad del paciente.	**Programado**	Hacer seguimiento de los lineamientos de los programas de Farmacovigilancia,Tecnovigilancia y Seguridad del paciente.	Se informa al Químico Farmacéutico la ausencia en este mes de eventos adversos, incidentes y se reporta el consumo de antibióticos en el informe respectivo.
Participar en las capacitaciones y reuniones convocadas y realizar retroalimentación al personal de la farmacia y asistencial de los temas tratados.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No se generaron productos.
Verificar el desempeño de los auxiliares de farmacia de la farmacia a cargo y emitir los respectivos informes al Químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico.	**Programado**	Informar las novedades al Químico Farmacéutico relacionadas con el personal de farmacia durante este periodo.	Se comunica a diario las novedades presentadas con el personal de farmacia de la Unidad de Puente Aranda.
Responder asistencial y administrativamente por los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos que le sean asignados.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No se generaron productos.
Conocer y dar cumplimiento a la documentación propia del servicio farmacéutico (Manuel de Procesos y Procedimientos).	**Programado**	Consultar los procesos y procedimientos establecidos por la Subred e informar incongruencias en el caso que se presente.	Se consultó los procesos de entrega de medicamentos ambulatorios y Hospitalarios y se pasó la novedad que falta el proceso y procedimiento para medicamentos pendientes.
Realizar las correcciones, acciones correctivas y/o preventivas de acuerdo a los planes de mejoramiento relacionados con los procesos del servicio farmacéutico.	**Programado**	El Químico Farmacéutico hace seguimiento de los hallazgos encontrados en las distintas auditorias del servicio farmacéutico.	Se hace seguimiento a los hallazgos encontrados en cada farmacia de la Unidad de Puente Aranda.
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el Químico farmacéutico y/o coordinador de la farmacia.	**Programado**	El Químico aprogramó una serie de actividades , entre éstas organizar el archivo documental.	Se inicia la depuración del archivo documental.
Si por las necesidades del servicio se hace necesario realizar el traslado a otras farmacias, se debe estar dispuesto a aceptar el traslado previo acuerdo con el coordinador de la farmacia.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No se generaron productos.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,873,392 UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Marlene López García

cc 35.375.390 El colegio

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:__MARLENE LOPEZ GARCIA CC 35,375,390 EL COLEGIO (CUND)

31-10-2018

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:___RODRIGO GONZALEZ FONSECA

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35375390		LOPEZ GARCIA MARLENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 67 No 62 B - 55 Sur Apto 428 Int 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7415915	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	83752530	8483752530	I	2018/10/22	2018/10/11	BANCO AV VILLAS	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 35375390	LOPEZ MARLENE	230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35375390		LOPEZ GARCIA MARLENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 67 No 62 B - 55 Sur Apto 428 Int 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7415915	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	83752530	8483752530	I	2018/10/22	2018/10/11	BANCO AV VILLAS	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$257,500**	**$0**	**$0**	**$257,500**

PAGADO

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

EN SU PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD- EPS

CERTIFICA QUE

Que el (la) señor (a) MARLENE LOPEZ GARCIA identificado (a) con cedula ciudadania No. 35375390, afiliado (a) independiente a la EPS Compensar, ha cancelado los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta Septiembre de 2018. A la fecha se encuentra en estado Activo.

A continuación se relacionan los últimos aportes realizados, entre el 2018/01/01 hasta el 2018/10/31.

Número de Planilla	Fecha de Pago	Periodo de cotización	Valor IBC	Valor Pagado
8474653625	20180125	201801	$ 737.717	$ 92,300
8475875601	20180215	201802	$ 781.242	$ 97,700
8477120874	20180306	201803	$ 781.242	$ 97,700
8478155594	20180411	201804	$ 781.242	$ 97,700
8479356834	20180509	201805	$ 781.242	$ 97,700
8480401842	20180615	201806	$ 781.242	$ 97,700
8481573996	20180716	201807	$ 781.242	$ 97,700
8482625963	20180815	201808	$ 781.242	$ 97,700
8483752530	20181011	201809	$ 781.242	$ 97,700

Es importante tener en cuenta que para el reconocimiento económico de Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad se aplican las normas establecidas en su momento, entre otras las siguientes:

Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad expedidas antes del 03/12/2015, se valida que el aportante no se encuentre en mora (Decreto 806/1998), que haya cancelado los aportes en forma completa (treinta días por cada periodo), ininterrumpida y oportunamente (Decreto 1804/1999 y Decreto 047/2000) y que haya pagado las cotizaciones conforme a las fechas establecidas en el Decreto 1670/2007. En caso de incumplimiento, las prestaciones económicas a que tenga derecho el afiliado serán asumidas por el empleador o trabajador independiente.

Para las incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad cuya fecha de inicio sea del 03/12/2015 hasta el 05/03/2017, habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas, siempre y cuando,

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

a la fecha de inicio se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora de acuerdo a lo establecido en el Decreto 780/2016 y haya pagado las cotizaciones conforme a las fechas establecidas en el Decreto 1670/2007.

Para las incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad cuya fecha de inicio sea 06/03/2017 en adelante, habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas, siempre y cuando, a la fecha de inicio se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora de acuerdo a lo establecido en el Decreto 780/2016 y que haya pagado las cotizaciones conforme a las fechas establecidas en el Decreto 1990/2016.

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 12 dias del mes de Octubre de 2.018

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea 4441234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-CAR {Consecutivo}

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARLENE LOPEZ GARCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **35,375,390**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Octubre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 12 de octubre de 2018

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

CERTIFICA:

Que MARLENE LOPEZ GARCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 35375390 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:C353753901828567843

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 el: 12/10/2018 6.50 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)__USS CARVAJAL_

Tipo de acta		
COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X_		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 08/10/2018	LUGAR: FARMACIA USS CARVAJAL	HORA INICIO: 1:00 p.m
RESPONSABLE: MARLENE LOPEZ GARCIA (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL: 2:00 p.m

OBJETIVO DE LA REUNION

Socializar el Asegúrate "METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Definición de Evento adverso, riesgo e incidente.
2. Lectura de las 7 metas internacionales de la Seguridad del paciente.
3. Socialización de los eventos o incidentes presentados o de conocimiento en otras instituciones hospitalarias.
4. Entrega de material de información.

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 las 1:00 p.m se da inicio al asegúrate del mes de Octubre "METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE" , retomando las definiciones de Evento Adverso, riesgo e incidente.
Se da las indicaciones de consulta en el sistema de información de la Subred ALMERA de las diferentes guías de buenas prácticas en seguridad del paciente:
02-02-GI-0002 Versión 2 (Guía de buena práctica para asegurar la Identificación correcta de los pacientes)
02-02-GI-0007 (Guía de buena práctica Comunicación Clínica en el equipo de salud)
02-02-GI-0009 (Guía de buena práctica en la Utilización de medicamentos)
02-02-GI-0006 (Guía de buena práctica Seguridad en los procesos quirúrgicos)
02-02-GI-0005 (Guía de buena práctica para prevención de infecciones asociadas a la atención)
02-02-GI-0004 (Guía de buena práctica para prevención y reducción de la frecuencia de caídas)
02-02-GI-0001 (Guía de buena práctica de prevención de Ulceras por presión).

Todos los participantes leímos cada tema y comentamos los casos ocurridos en esta y otras instituciones hospitalarias.

META 1: IDENTIFICACION CORRECTA DE LOS PACIENTES :

Las acciones inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de identificación de los pacientes son:

- Falta de identificación al ingreso del paciente.
- Procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o equivocados.
- Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales Ej: Número de la habitación, enfermedad entre otros.
- Ausencia de manillas de identificación.
- Traslado y movimiento del paciente sin brazalete o adecuado proceso de identificación.
- Verificación incorrecta de datos del paciente.
- No verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
- Inexistencia de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.

Los cuatro inequívocos:

Nombre y apellidos

Número de identificación

Fecha de nacimiento

Edad

DESARROLLO

META 2. MEJORAR LA COMUNICACION EFECTIVA:

Siempre debe prevalecer la comunicación redundante con la información importante del paciente y la historia clínica entre el personal asistencial para evitar eventos adversos.

Se debe enfatizar en la comunicación redundante entre el personal asistencial, para el traspaso y durante el traslado se debe aplicar la técnica SAER (Situación, antecedente, evaluación y recomendaciones), la notificación de los laboratorios y apoyos diagnósticos deben ser oportunos.

META 3. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO:

Los correctos en la prescripción de los medicamentos:

- Principio activo correcto
- Dosis correcta
- Frecuencia correcta
- Número de días de tratamiento correcto
- Vía de administración correcta
- Cantidad correcta del medicamento para suplir la formulación.

Los correctos en la dispensación:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Frecuencia y hora correcta
- Vía correcta

META 4. GARANTIZAR LA CIRUGIA EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO Y EL PACIENTE CORRECTO:

Los dos tipos de errores más frecuentes durante el proceso de la atención en cirugía:

- Paciente-incorrecto que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se pueden observar en el pre- trans y post-quirúrgico.
- Problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente.

DESARROLLO

Entre otros eventos se encuentran:

Dosis de anestesia, problemas cardiovasculares (arritmias e isquemia)trombo embolismo venoso y transfusión sanguínea.

META 5. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIACIONES A LA ATENCION EN SALUD:

Utilizar bata o ropa quirúrgica sólo en las áreas autorizadas, higienizar las manos al ingresar y salir de la Institución reduce el riesgo a paciente y colaboradores de adquirir una infección, además se deben utilizar los 5 momentos y la técnica descrita en el protocolo institucional (3 antes y dos después).

META 6. REDUCIR EL RIESGO DE DAÑOS AL PACIENTE CAUSADO POR CAIDAS:

Para identificar los pacientes que tienen alto riesgo de caída tanto a nivel ambulatorio como hospitalario se tiene establecido la identificación con color naranja y se deben instaurar barreras de seguridad que prevengan las caídas, entre estas que las barandas de la cama se encuentren siempre arriba.

META 7. PREVENIR LA APARICION DE ZONAS DE PRESION EN EL PACIENTE:

Para identificar los pacientes que tienen algún tipo de úlcera de presión a nivel hospitalario se tiene establecido la identificación con color violeta y se deben instaurar barreras de seguridad que prevengan cualquier tipo de úlceras.

Se da por terminada la actividad siendo la 2:00 p.m

FECHA: 08/10/2018	TEMA: ASEGURATE "METAS INETRNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"

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	Ana Isabel Montaña Lopez	papa. carvajal	Aux Farmacia	
2	Jeimmy Paola Peña C	Papa Carvajal	Aux farmacia	Paola Peña
3	Marlene López García	P. Aranda	Regente Farmacia	Marlene L
4				
5				