

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.			1033726550			
CORREO ELECTRONICO:				Karenlore@hotmail.com			CELULAR:			3144346515			
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				4870494319			PENSIONADO			No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1983-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 9			
NÚMERO DE CDP		1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP		41658	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:				\$1.576.350									
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:										\$14.238.000			
VALOR EJECUTADO										\$14.238.000			
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 <u>mínimo</u> 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							
8329832442	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800							
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:							 CAREN LORENA LOPEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

INFORME DE ACTIVIDADES POR
ORDEN DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS

Versión 1
Fecha de aprobación 09/11/2016
Código: 15-02-FO-0003

Ubicación del Servicio: UNIDAD DEL SUR FARMACIA		Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN						
No. DE CONTRATO: 1983-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Me s	Año
		1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO	C. C.	1.033.726.550			DE	BOGOTÁ		
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.SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la institución								
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ 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 216 formulas y urgencias formulas: 18			
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 216 y urgencias 18 con sistema Hosvital			
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 cumplimiento	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 capacitación 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 actividades relacionadas con esta obligación	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 actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales 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 contrato	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 área.
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 técnica) 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 área,
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	PROGRAMADO	Se aplican políticas institucionales mediante revisiones periódicas.	revisiones periódicas. Auditorías 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 actividades relacionadas con esta obligación	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	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos

Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o	PROGRAMADO	Se obra con lealtad en el desarrollo del presente contrato.	Actividades desarrolladas en el contrato.
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) días siguientes	PROGRAMADO	Pago de seguridad Social.	planilla de pagado.
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	PROGRAMADO	Se cumplen las guías y manuales.	Auditorias mensuales.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de	PROGRAMADO	Se responde por recursos y elementos de la farmacia.	Elementos en buen estado.
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por los interesados en los procesos de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y	PROGRAMADO	Se realizan inducciones presenciales y virtuales.	Pantallazos de inducciones.
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred	PROGRAMADO	Se protege la imagen de la Subred	No se realizan comentarios mal intencionados y se procura el bienestar institucional en el área de Farmacia.
En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal,	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos	PROGRAMADO	Se aplican las normas de gestión ambiental.	Manejo Integral de residuos.
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su	PROGRAMADO	Se cumplen los planes de emergencia.	

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 actividades relacionadas con esta obligación	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): \$ 1.627.200 UN MILLON SEISCIENTOS VEINTI SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS			
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <u>Caren Lorena Lopez</u> <u>C.C. 1033726550</u>		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido <u>31-10-2018</u> supervisor: <u>[Firma]</u>	
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): CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
No. Identificación: CC1033726550
Dirección: CRA 18 A NRO 54 -70 SUR
Telefono: 0000000
Correo: KARENLORE_@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329832442

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
Tipo y número de identificación	CC1033726550
Número de planilla	8329832442
Fecha pago	2018-10-03
Número de autorización pago	20946097
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
231001	Colfondos	125000	1
EPS002	Salud Total/EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033726550
APELLIDOS Y NOMBRES: CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO

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
EPS002	231001	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Bogotá, Octubre 10 de 2018

Señora:

LOPEZ MANQUILLO CAREN LORENA

CC. 1033726550 CR 18 A N 54 70 SUR 3123390546 - 2796429

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 6 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LOPEZ MANQUILLO CAREN LORENA	1033726550	C	Ago-6-2014	142	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
VASQUEZ LOPEZ JOHAN SEBASTIAN	1033727184	T	Ago-6-2014	142	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CAREN LORENA LOPEZ	1033726550	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CAREN LORENA LOPEZ	1033726550	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
CAREN LORENA LOPEZ	1033726550	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,


CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Medellín, 10 de octubre de 2018

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

CERTIFICA:

Que CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033726550 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 15/07/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048 ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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: C10337265501828361339

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:

10/10/2018 5:02 PM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO identificado(a) con C.C No. 1.033.726.550, 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 10 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 serviciocliente@colfondos.com.co.



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

 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.

ACTA

Versión: 2
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	Capt Galán	Aux farmacia	Morelia G.
2	Coren Lopez	capst Galán	Aux Farmacia	Coren Lopez
3	Gina Paola Hernandez	capst Galán	Aux Farmacia	GIN 98
4	Luz Angelica Razo	Cps Galán	Aux Farmacia	Angelica Razo
5	Norma Yasmín Lombana	Caps Galán	Aux Farmacia	Yasmín
6	Claudia Patricia Molina	Capt Galán	Regente	Claudia
7	Roberto C.	capst Galán	Aux farmacia	Roberto C.
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				