Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		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 _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 4 Enero/22	LUGAR: Coordinación Enf.	HORA INICIO: 11-15 pm.
RESPONSABLE: (Proceso, servicio, dependencia que lidera) Anahincón		HORA FINAL

OBJETIVO DE LA REUNION

Dejar constancia del motivo x el cual no se ha cumplido con las obligaciones contractuales del señor Daniel Grisales auxiliar de enfermería

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. _____
2. _____
3. _____
4.

REVISION DE COMPROMISOS

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

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1:15pm → Se presenta en la coordinación de Enfermería el auxiliar de Enfermería Daniel Giseles para informar q' fué notificado x correo electrónico q debía presentarse en el hospital en el servicio de Especialidades el día 2 de enero del presente en el la jornada de la tarde.

El señor Daniel informa q' ese día le fué imposible presentarse por no disponibilidad de tiempo debido a que realiza actividades en otra institución, el informa q' se comprometió en la otra institución debido a q' se había notificado la suspensión de la OPS. en el hospital de Kennedy.

Hoy informa que no puede continuar con la realización de las actividades contractuales en el hospital por la no disponibilidad de tiempo.

Siendo la 1:20pm el señor Daniel Giseles y la se retira de la institución

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

FECHA: 4 Enero/22	TEMA: Dejar constancia del motivo de la no realización de las actividades contractuales del auxiliar Daniel Grisales.

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	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Angie Rincón S.	51825126	USS Kennedy	Enfermera	Hospitalario	
2	Daniel Grisales	1014791807	USS Kennedy	Aux Enfermería	Hospitalario	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						