Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión de Asistencia Técnica Procedimiento Asesoría y Acompañamiento **Acta de Asesoría o Acompañamiento**	Versión: 05 Código: F004-P02-AT Fecha: 2024-09-13

CATEGORIA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

ASESORIA: __X__ ACOMPAÑAMIENTO:_____

FUENTE DE LA ASESORIA:

NECESIDAD IDENTIFICADA:____ SOLICITUD:___ DEMANDA (día a día): __X__

FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	MUNICIPIO:
8/11/2024	8:00 a.m	10:00 a.m	Manizales

ENTIDAD:
ASSBASALUD E.S.E.

NOMBRE DEL ASESORADO	**DATOS DE CONTACTO (teléfono y correo electrónico)**
Elio Albeiro Zapata Zapata	3053964416 – elioalbeirozapatazapata@gmail.com
José Elmer Murcia Aguirre	3138108992 – dinamizate4.0@gmail.com
Mariana Granada Giraldo	3206376433 – biomedica@assbasalud.gov.co

NOMBRE (s) DEL ASESOR (S)

Eduardo Andrés Brand Ruiz

OBJETIVO

Aclarar las dudas que presentan los funcionarios asignados por la E.S.E. Assbasalud, durante el diligenciamiento de los formatos que corresponden a la formulación de los proyectos de Adecuaciones Menores que se van a presentar por parte de la E.S.E.

Aclarar con un mayor énfasis, las dudas que se puedan llegar a tener en la construcción del presupuesto de obra, con base en la información que ya se ha venido recopilando.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Desde la E.S.E ya se han venido presentando algunos presupuestos, y sobre estos ya se han hecho algunas correcciones. En ese orden de ideas, se optó por convocar una Asistencia Técnica para terminar de aclarar aquellos puntos donde se tenían dudas y poder terminar de consolidar los presupuestos y con esto, terminar de elaborar los paquetes de información estructurando los proyectos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Nuevamente se recomienda presentar todos los proyectos para su revisión y posterior radicación lo más pronto posible

COMPROMISOS (Aplica si____ No___)

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	SOPORTE	CUMPLIO SI/NO

FECHA DE SEGUIMIENTO:

Se cumplió con el objetivo: (si) (no) ¿Por qué no?: SÍ

FIRMA ***FIRMA***

_____ _____

NOMBRE DEL ASESORADO ***NOMBRE DEL ASESOR***

ASESORADO ***ASESOR***

NOTA: Anexo firmas en acta de asistencia

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Administrativa y Financiera Procedimiento Gestión Documental **Registro de Asistencia**	Versión: 07 Código: F001-P05-GAF Fecha: 2024-07-01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Asistencia Técnica estructuración proyectos Asbasalud ESE Aplicaciones FECHA: 08-11-2024

LUGAR: DTSC Sala CRUE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Eduardo Andrés Brand Roa

N°	Asistentes (nombre completo y legible)	N° Documento	Teléfono	Correo electrónico	Entidad/ Dependencia	Sector		*Grupo Poblacional	Firma
						Urbano	Rural		
1	Eduardo Andrés Brand Roa	75'084.032	3014750132	brandroa@outlook.com	DTSC	X			
2	Mariana Gianada Giraldo	1.058,820.060	3206376433	biomedica@assbasalud.gov.co	Assbasalud	X			Mariana G.
3	Jose Elmer Murcia Aguirre	75060286	3108108992	dinamizate.420@gmail.com	Assbasalud	X			
4	Elio Alberto Zapata Zapata	9'970.911	3053364416	—	Assbasalud	X			
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Al diligenciar este formulario autoriza la recolección, almacenamiento, uso y circulación de sus datos personales de acuerdo a nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales (https://saluddecaldas.gov.co – Política de privacidad y tratamiento de datos personales), dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y las demás normas reglamentarias.

***Grupo Poblacional**:(1) Persona con discapacidad, (2) Victima del conflicto, (3) NARP, (4) Indígena, (5) Menor de 18 años, (6) Desmovilizaco, (7) Adulto Mayor, (8) Ningún tipo de población vulnerable, (9) Migrante, (10) LGTBIQ+