Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad __CENTRO DE SALUD PORVENIR ___

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

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN x___ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA: 4
FECHA: 28 DE AGOSTO DE 2025	LUGAR: CENTRO DE SALUD PORVENIR	HORA INICIO: 3:00 pm
RESPONSABLE: IBET JUSSEFF MORA MURCIA		HORA FINAL: 5:00 pm

OBJETIVO DE LA REUNION

Plan de trabajo del equipo primario del centro de salud Porvenir agosto la Subred se Conecta

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)	
1.	Saludo
2.	Socialización del Tema Corporativo
3.	Seguimiento a los compromisos
4.	Seguimiento a indicadores de la Sede
5	Seguimiento a la cultura de seguridad
6	Seguimiento a las oportunidades de mejora de la Sede
7	Seguimiento a los resultados de paciente trazador
8	Seguimiento a PQRS
9	Seguimiento a resultados de auditorías de Adherencia de las GPC
10	Varios

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1.SALUDO

La líder de la unidad la jefa Ibet Mora realiza la apertura de la reunión de mesa de equipo primario de sedes integradas del día 28/08/2025 siendo las 3:00 pm en el centro de salud porvenir con los puntos de la agenda.

REGLAS DE ORO

Se recuerdan los brigadistas del centro de porvenir, que son, Ibet Mora, Yolanda Ariza, Fernanda Hernández, se recuerda el sistema de alarma que son los pitazos tenemos salidas de emergencia puerta principal o puerta de parqueadero nuestro punto de encuentro se ubica al frente de la entrada de usuarios para tener en cuenta en caso que se presente alguna emergencia durante la ejecución de la reunión.

Se recuerda el uso del celular durante la reunión por favor modo silencio para evitar distractores, estar presentes durante la reunión.

Los temas varios se trataron finalizando la reunión para que podamos estar atentos y poder resolver las dudas que se presenta durante la misma.

SE VERIFICA QUORUM DE LA REUNIÓN

AGENDA DEL DIA		
HORA	**TEMA**	**RESPONSABLE**
3:00	Saludo	Lider de la Unidad
3:10	Socialización del Tema Corporativo	Secretario de la mesa
3:20	Seguimiento a los compromisos	Lider de la Unidad
3:30	Seguimiento a indicadores de la Sede	Lider de la Unidad
3:40	Seguimiento a la cultura de seguridad	Secretario de la mesa
3:50	Seguimiento a las oportunidades de mejora de la Sede	Lider de la Unidad
4:00	Seguimiento a los resultados de paciente trazador	Lider de la Unidad
4:15	Seguimiento a PQRS	Lider de la Unidad
4:30	Seguimiento a resultados de auditorías de Adherencia de las GPC	Lider de la Unidad
4:35	Varios	Lider de la Unidad

2.Socializacion Tema Corporativo

Se realiza lectura del tema corporativo del mes de agosto en el centro de salud porvenir.

DESARROLLO

Política de humanización



SEGUIMIENTO A COMPROMISOS.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
Realizar solicitud de cintas metricas para la unidad de porvenir	Lider Asistencial	Cumplido
Jefe Maria Leon reportar de manera diaria consultas vistas, inasistentes y reposicion para aumentar produccion	Porfesional	Cumplido
Instalacion de excel de autocontrol para la jefe Maria Leon	Lider Asistencial	Cumplido
Realizar llamada de agenda de epdiatria sobre todo antenatal para confirmar asistencia	Auxiliar de enfermeria	Cumplido
Socializar protocolo de pacinete agresivo	Lider Asistencial	Cumplido

DESARROLLO

Se da lectura al Orden del día y se procede al desarrollo del plan de trabajo de la sede en la reunión de la Subred se Conecta.

Introducción: Esta reunión se formaliza como una oportunidad de mejora de la visita del Icontec, en la que se formalizan los Equipos Primarios en cada Sede en la reunión la Subred se Conecta. Con el fin de implementar una metodología para mejorar la calidad de los datos institucionales y realizar el seguimiento sistemático desde la gerencia de la Red.

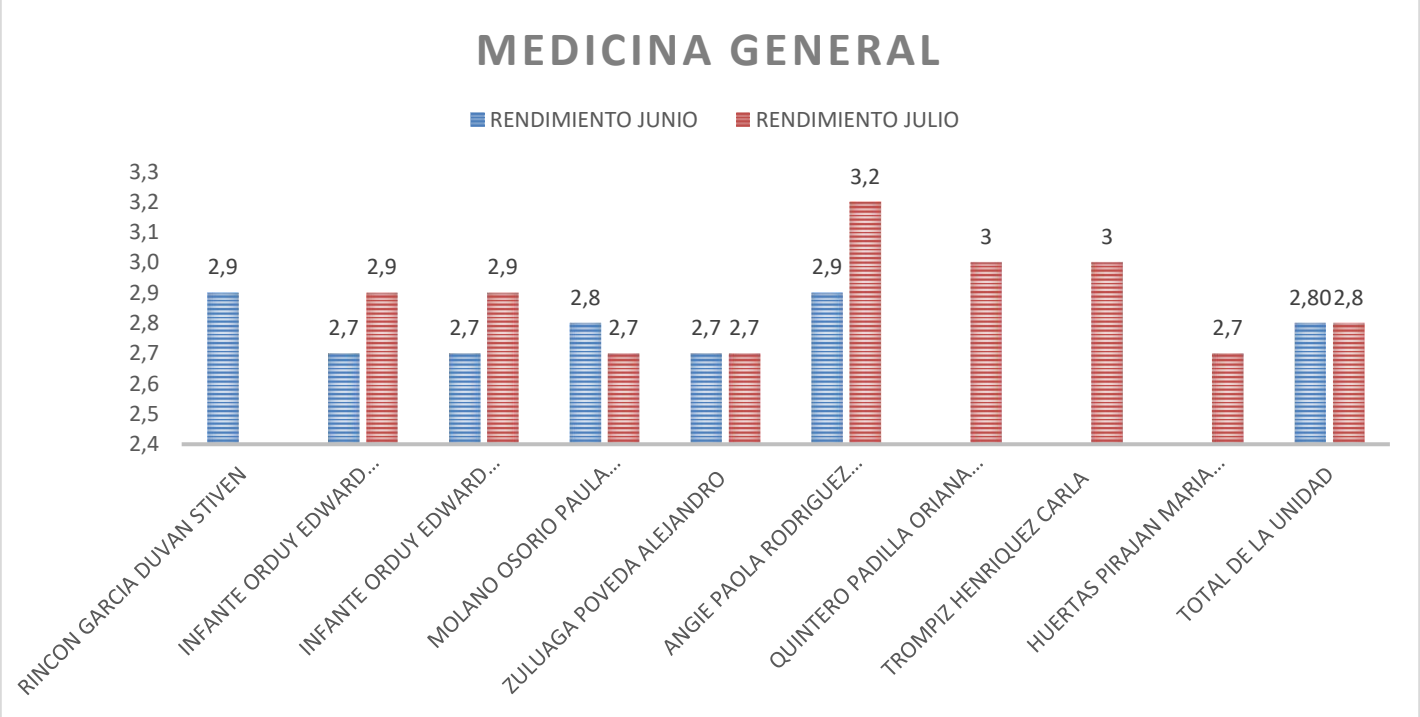
Por lo cual, se establece un plan de trabajo, para realizar un seguimiento y un balance de indicadores de calidad, cumplimiento de metas, medición e impacto de las atenciones, la precisión en los diagnósticos de morbilidad y mortalidad, así como la información precisa y oportuna sobre la gestión de cada sede.

Se procede a desarrollar cada uno de los temas:

4.Seguimiento a los indicadores de la sede

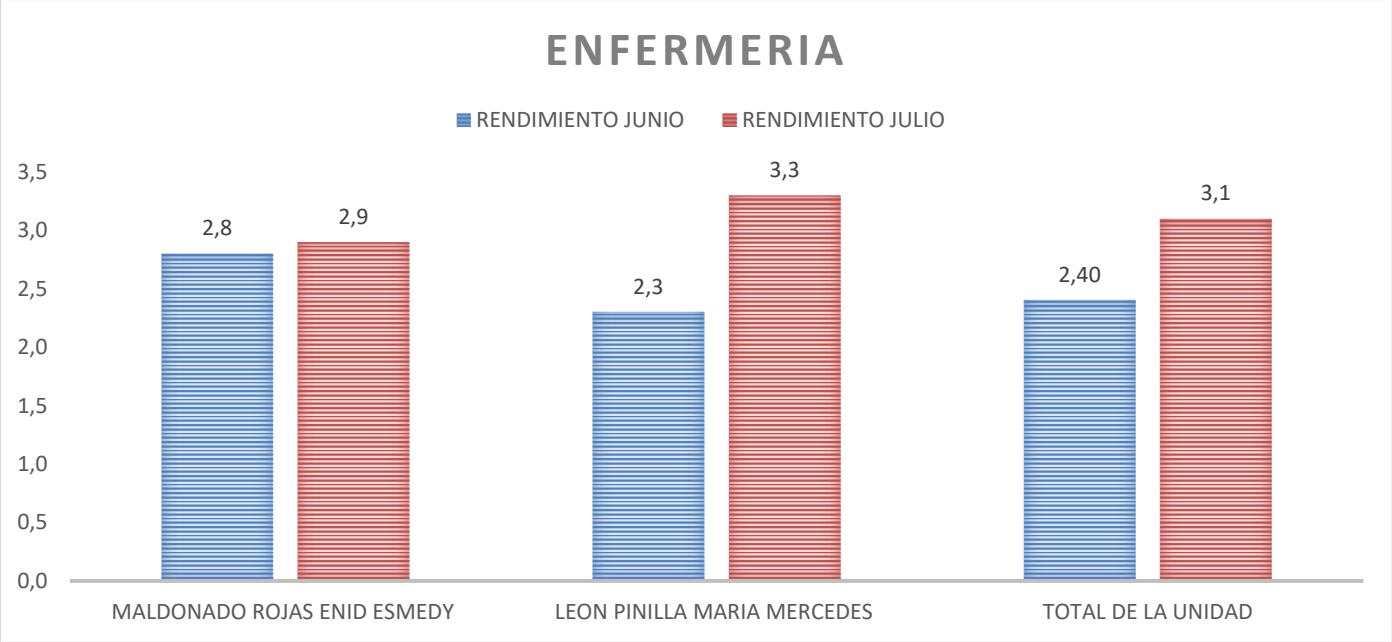
Se realiza la socialización de los indicadores de los profesionales en el centro de salud de porvenir referente al mes de junio y julio y corte de 27/08/2025 de productividad por cada profesional.

MEDICINA GENERAL

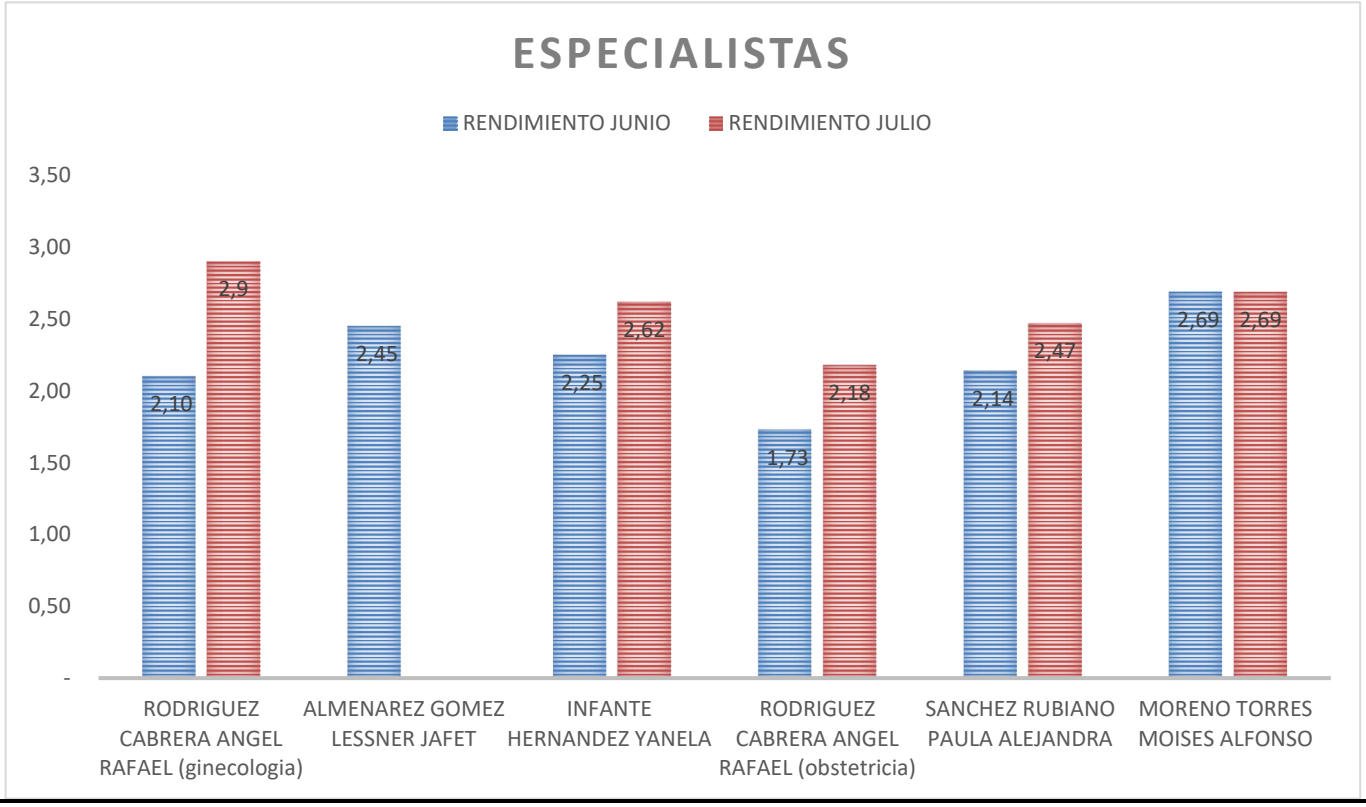


DESARROLLO

ENFERMERIA

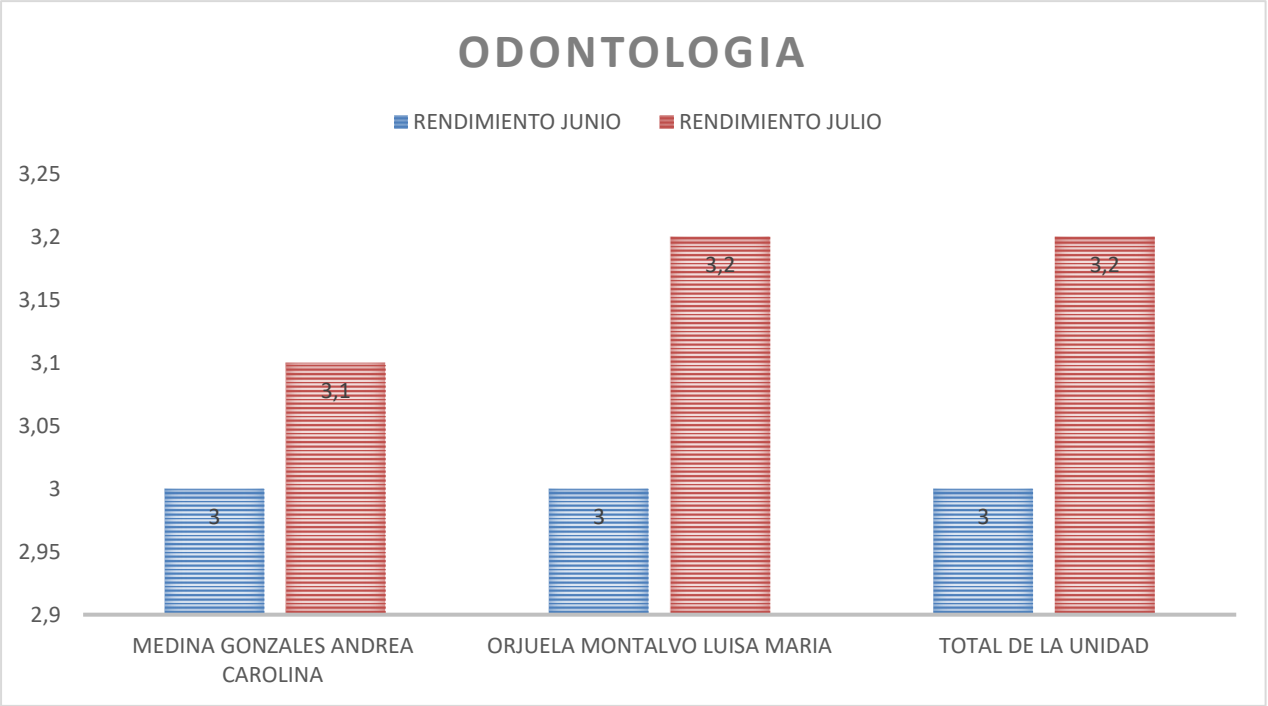


ESPECIALISTAS

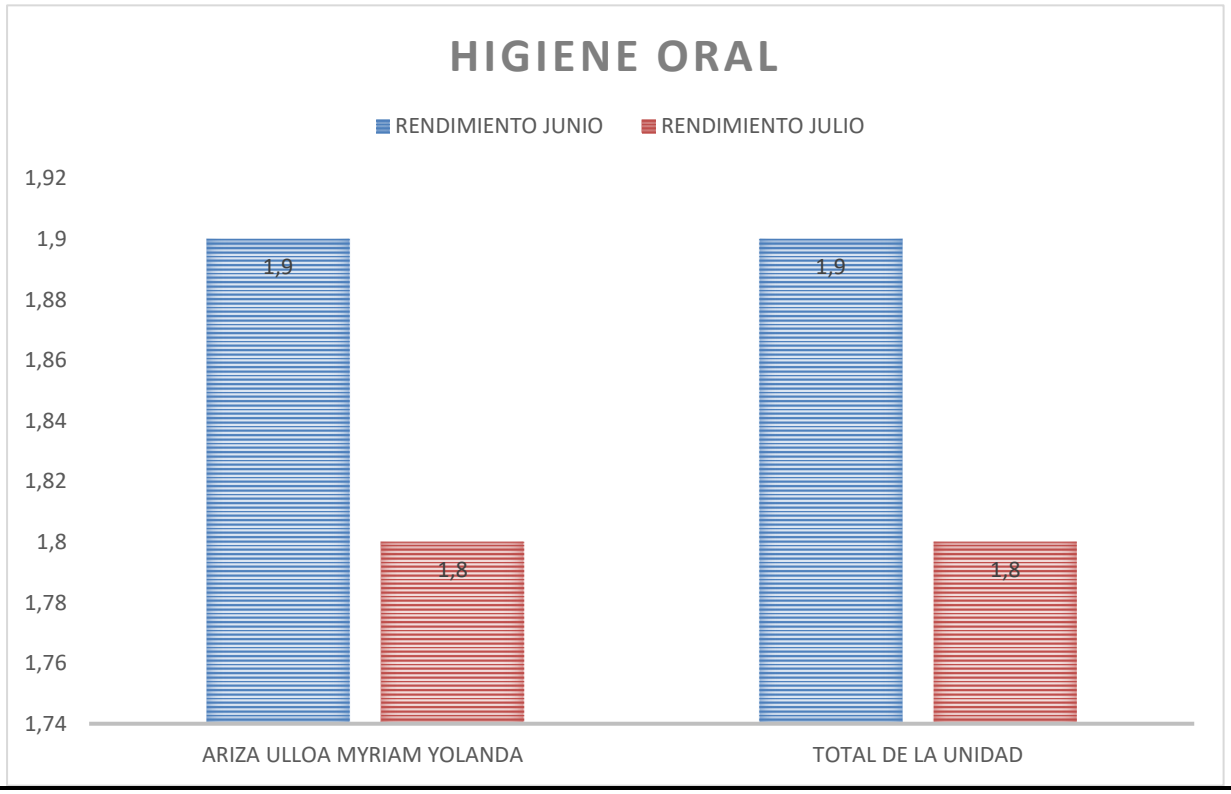


DESARROLLO

ODONTOLOGIA

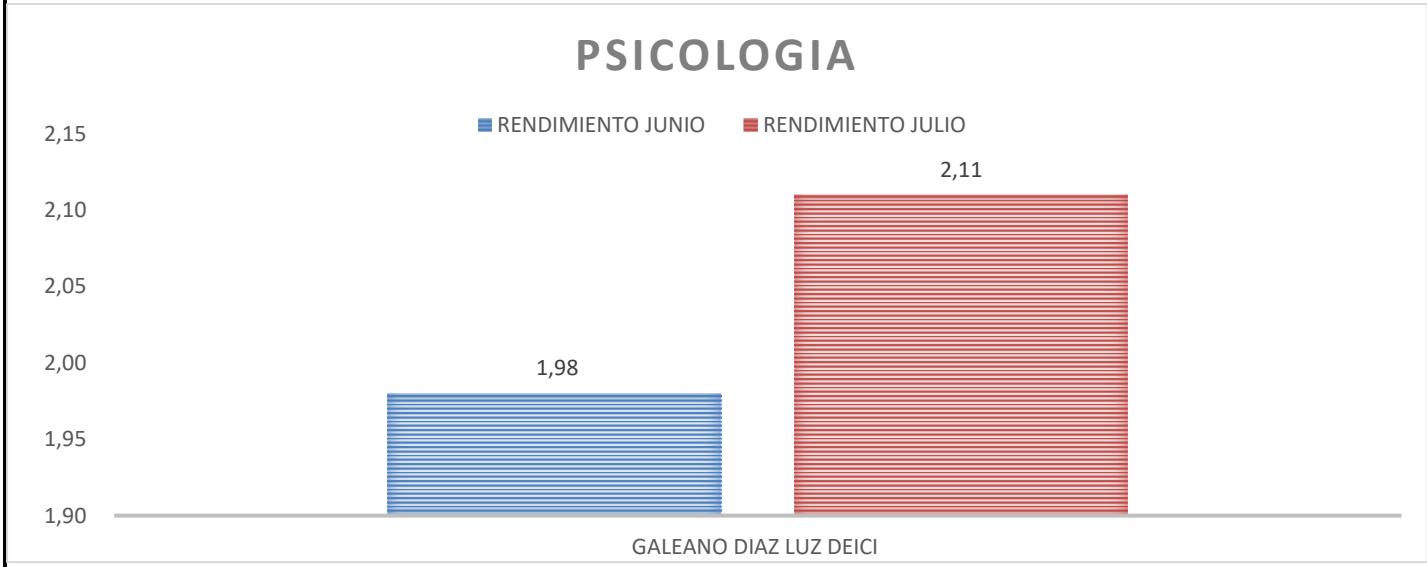


HIGIENE ORAL



DESARROLLO

PSICOLOGIA



SOCIALIZACION DE INDICADORES HASTA EL 27/08/2025

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

PROFESIONAL	PERFIL	19 DE agosto 2025						
		HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDIENTES POR REALIZAR
EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY	MEDICO GENERAL	239	195	530	2,72	2,22	528,5	-4
PAULA MOLANO OSORIO	MEDICO GENERAL	186	151	407	2,70	2,19	407,7	1
ALEJANDRO ZULUAGA POVEDA	MEDICO GENERAL	186	147	403	2,74	2,17	398,9	-6
MARIA ALEJANDRA HUERTAN PIRAJAN	MEDICO GENERAL	54	48	105	2,19	1,94	129,6	25
CARLA TROMPIZ HENRIQUEZ	MEDICO GENERAL	186	154	420	2,73	2,26	415,8	-4
ANGIE PAOLA RODRIGUEZ MEDINA	MEDICO GENERAL	68	50	128	2,56	1,88	135	7

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

PROFESIONAL	PERFIL	19 DE agosto 2025						
		HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDIENTES POR REALIZAR
ENID MALDONADO	ENFERMERIA	151	87	161	1,85	1,07	217,5	57
JULIET VANESSA ARTUNDUAGA	ENFERMERIA	163	79	73	0,92	0,45	197,5	125
MARIA LEON PINILLA	ENFERMERIA	162	131	309	2,36	1,91	327,5	19

DESARROLLO

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

PROFESIONAL	PERFIL	19 DE agosto 2025						
		HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDIENTES POR REALIZAR
YANELA INFANTE HERNANDEZ	MEDICO FAMILIAR	57	57	137	2,40	2,40	142,5	6
ANGEL RAFEL RODRIGUEZ	GINECOBSTETRA	33	33	67	2,03	2,03	82,5	16
MOISES MORENO TORRES	MEDICO INTERNISTA	36	36	93	2,58	2,58	90	-3
PAULA SANCHEZ	PEDIATRIA	75	59	133	2,25	1,77	147,5	15
LUZ DEISY GALEANO	PSICOLOGA	186	153	299	1,95	1,61	306	7

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

PROFESIONAL	PERFIL	19 DE agosto 2025						
		HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDIENTES POR
LUISA ORJUELA	ODONTOLOGIA	193	155	234	1,51	1,21	465	231
ANDREA MEDINA GONZALES	ODONTOLOGIA	150	118	215	1,82	1,43	354	139
YOLANDA ARIZA	HIGIENE ORAL	127	74	256	3,46	2,02	222	-34

Seguimiento indicador de almera

Indicadores

Indicador	Mini gráfico	Medición previa	Último valor	Meta
sede_porvenir_1. Oportunidad en asignación de citas de primera vez Medicina General USS Porvenir		2,1D	4,0D	3,0D
sede_porvenir_2. Oportunidad en asignación de citas de primera vez Enfermería USS Porvenir		2,9D	2,9D	3,0D
sede_porvenir_3. Oportunidad en asignación de citas de primera vez Odontología USS Porvenir		2,0D	4,5D	3,0D
sede_porvenir_4. Porcentaje de Inasistencia Medicina General USS Porvenir		0,0%	0,0%	10,0%
sede_porvenir_5. Porcentaje de Inasistencia Enfermería USS Porvenir		11,8%	0,0%	10,0%
sede_porvenir_6. Porcentaje de Inasistencia Odontología USS Porvenir		2,7%	0,0%	10,0%
sede_porvenir_7. Porcentaje satisfacción general USS Porvenir		99,5%	99,8%	90,0%
SP sede_porvenir_8. Reporte Sucesos de Seguridad Centro de Salud Porvenir		15	10	
HA sede_porvenir_9. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Familiar en la USS Porvenir		2,3D	2,3D	15,0D
sede_porvenir_11. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez de Cinecobtetricia USS Porvenir		5,3D	0,9D	5,0D
HA sede_porvenir_10. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna en la USS Porvenir		3,6D	3,4D	15,0D
HA sede_porvenir_12. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría en la USS Porvenir		3,7D	5,8D	5,0D
SP sede_porvenir_13. Porcentaje de Suficiencia del talento Humano USS Porvenir		99,3%	103,6%	95,0%
sede_porvenir_14. Porcentaje de Inatención USS Porvenir		0,0%	0,0%	3,0%
SP SPAC41. Adherencia a la técnica de Higiene de manos Sedes baja complejidad		81,0%	82,3%	7,0%
SP SPAC40. Adherencia a la oportunidad de higiene de manos Sedes baja complejidad		71,4%	55,6%	85,0%

DESARROLLO

5. Seguimiento a la cultura de seguridad

Se pregunta a los funcionarios de la unidad de porvenir si durante el mes de julio y agosto se presentaron hallazgos de impacto de riesgo que afecten la prestación del servicio.

Durante el mes de julio se presentó una fuga de paciente con idea e intento de suicidio, que asistió a consulta manifestó lo sucedido se realiza tramite de remisión por ambulancia mientras estaba a la espera de que esta llegara el usuario se fue de la sede y no fue vigilado por ninguna área, se recuerda que cuando tenemos remisión de ambulancia la idea es informar a los guardas y hacerles saber cuál es el paciente a remitir para que tengan conocimiento que no pude salir de la sede, informar al auxiliar de enfermería que estará pendiente del usuario que se encuentra en remisión.

Esto con el fin de que vuelva a suceder fugas de paciente, de igual manera se realizó seguimiento telefónico usuaria se encuentra bien pero no asiste a las citas que han agendado en la unidad de porvenir.

6. Seguimiento a las oportunidades de mejora de la sede.

Se realiza seguimiento a las oportunidades de mejoras presentadas anteriormente en la unidad de porvenir cada una cuenta con su acta de socialización y ya se encuentra cargadas en almera.

7. Seguimiento a paciente trazador

Se realiza socialización de la auditoría realizada de paciente trazador en el centro de salud porvenir con los respectivos hallazgos.

USUARIOS EVALUADOS:519971690-48223327-1300004008

. DERECHOS DEL PACIENTE:

- Se verifica derechos y deberes publicados en sala de espera y en el consultorio.
- El personal informa que no recuerda el código de integridad de la institución (ética y buen gobierno), se refuerza ruta definición y ruta.
- No todos los usuarios recuerdan un derecho y un deber.
- Se evalúa charla de atención al ciudadano sin hallazgos.

2. SEGURIDAD DEL USUARIO

- No todos los colaboradores de la sede definen adecuadamente la Política de Seguridad del Paciente se refuerza ruta en Almera para su revisión.
- Los colabores en general conocen las estrategias del programa de seguridad del paciente, 4 inequívocos, comunicación redundante, estrellitas luminosas, limpieza y desinfección.
- Se refuerza conceptos de evento adverso, incidente y riesgo, programa se seguridad del paciente al personal con falencias.

DESARROLLO

- Se observa en facturación la estrategia de los 4 inequívocos, identificación de alergias.
- Se verifican las carpetas de limpieza y desinfección con ultimo registro del 13 de febrero, se realimenta al personal de servicios generales.
- Se refuerzan definiciones de Tecnovigilancia, farmacovigilancia, plataforma estratégica, algunos conceptos de seguridad del paciente.
- No todos conocen la diferencia el riesgo clínico y un riesgo de seguridad, se refuerza.
- No se evidencia control de temperatura y húmedas en el servicio de bodega de insumos y no se cuenta con carpeta de limpieza y desinfección.

3. ACCESO

- No todos los funcionarios dan a conocer los derechos y deberes durante el proceso de atención.
- No a todos los usuarios les indagan si presentan alergias.
- La barrera más grande que se identifica en la sede es la oportunidad en citas con especialistas, medicina interna, oftalmología, neurología, gastroenterología, ortopedia entre otros.
- La sede no cuenta con manillas de identificación, se está realizando plan de contingencia.
- No se cuenta en la sede con todos los colores de estrellas luminosas para identificar nuestros usuarios.

4. REGISTRO DE INGRESO

- Se informa a los usuarios y entrega soporte con fecha, hora y nombre del profesional que lo atenderá.
- Se fortalece la verificación de los 4 inequívocos durante todo el proceso de atención.
- El profesional llama por su nombre a los pacientes de manera personal en el pasillo.
- No todos los profesionales cuentan con usuario Almera para revisión de guías y protocolos institucionales

5. EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO

- No se realizó demanda inducida en facturación.
- Se registra en historias clínica que se brindó información sobre su patología y conducta a seguir.

6. PLANEACION DE LA ATENCION

- Todos han recibido capacitación, inducción y reinducción.
- Se conoce el protocolo de manejo de resultados críticos.
- No todos conocen la política de humanización, se refuerza estrategias hacia el colaborador.
- La institución cuenta con mecanismos estandarizados para el reporte y entrega de paraclínicos.

DESARROLLO

7. EJECUCION DEL TRATAMIENTO

- El plan de manejo responde a los riesgos y necesidades de los usuarios.
- Se conoce la ruta de activación de víctimas de Violencia Sexual. Han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.
- Se identifican y consignan los riesgos de enfermedad mental y suicidio.

8. EVALUACION DE LA ATENCION

- Se identifican las necesidades educativas de los usuarios y se brinda educación al respecto.
- Han sido retroalimentados sobre los resultados de auditoría y adherencia a protocolos institucionales.
- Conocen los criterios de consultor crónico e hiperconsultante.
- No todos los usuarios conocen los mecanismos de escucha de la institución.

9. SALIDA Y SEGUIMIENTO

- El líder conoce los resultados de los indicadores de efectividad.
- El profesional brinda información amplia y suficiente al usuario sobre su patología y da recomendaciones
- No todos los usuarios son abordados al egreso por la auxiliar de atención al ciudadano.

10. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Se conoce y aplica el procedimiento de referencia y contra referencia

11. SEDES INEGRADAS EN RED

- Se indaga con los colaboradores los cuales refieren como están integradas las sedes de servicio de la sede.

12. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

- Se fortalece el conocimiento y apropiación de la nueva plataforma estratégica de la institución a los colaboradores de la sede y la ruta en la intranet.

13. TALENTO HUMANO

- Los colaboradores si han tenido capacitación, inducción y reinducción. y entrenamiento en puesto de trabajo

14. GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

- Existen indicadores de calidad para el proceso de esterilización en la subred

DESARROLLO

- La sede se encuentra en orden y aseada

- No se cuenta con altavoz en la sede.
- Se conoce los pasos a seguir en caso de fuga de pacientes por el guarda entrevistado.

- Adherencia al plan de gestión integral de residuos, se conoce el código de colores y correcta segregación

15. GESTION DE LA TECNOLOGIA

- se refuerzan definiciones de Tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo vigilancia y hemovigilancia a algunos funcionarios.

- Se evidencia otoscopio del consultorio 103 con falla.

16. MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

- No todos los funcionarios conocen los planes de mejoramiento de la sede.

- Se tiene conocimiento de los planes de mejoramiento individual según los resultados de auditorías previas, por medio de los EAC realizados por la líder.

17. SATISFACCIÓN.

- Ítem evaluados sin hallazgos

OBSERVACIONES:

- No todos los funcionarios cuentan con usuario almera para ingresar a guías de manejo y protocolos institucionales.
- No todos los funcionarios realizan comunicación redundante.
- La sede no cuenta con manillas de identificación, se está realizando plan de contingencia.

8. Seguimientos a PQR

Se realiza socialización de los PQR que se han presentado hasta el mes de julio en la unidad de porvenir.

DESARROLLO

Etiquetas de fila	ENERO A JULIO									Total ENERO
	1.ATENCIÓN DESHUMANIZADA.	10.PRESUNTO EVENTO ADVERSO (SEGURIDAD-PERTINENCIA).	11.PROBLEMAS RECURSOS ECONÓMICOS.	2.DIFICULTAD ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA.	5.INCONSISTENCIAS SISTEMAS DE INFORMACIÓN-ASEGURAMIENTO.	7.NEGACIÓN SERVICIOS.	8.NO OPORTUNIDAD SERVICIOS.	9.NO SUMINISTRO MEDICAMENTOS.	NO APLICA	
CENTRO DE SALUD PORVENIR	2	0	0	19	0	0	5	0	3	29

SEDE DE AFECTACIÓN	II SEMESTRE									Total II SEMESTRE
	CONSULTA	DERECHO DE PETICION DE INTERES GENERAL	DERECHO DE PETICION DE INTERES PARTICULAR	FELICITACION	QUEJA	RECLAMO	SOLICITUD DE COPIA	SOLICITUD INFORMACION	SUGERENCIA	
CENTRO DE SALUD PORVENIR	0	0	6	5	6	2	0	0	0	19

DESARROLLO

Recordando que debemos de prestar un trato humanizado, brindando la mejor información hacia el usuario.

9. Seguimientos a resultados de la auditoria de adherencia de las GPC

Se informa a los profesionales que se les indicara las auditorias socializadas durante el I y II trimestre del 2025 en la unidad de porvenir con su respectivo porcentaje por unidad y profesional

SEGUIMIENTO RESULTADOS DE AUDITORIA USS PORVENIR					
NOMBRE DE AUDITORIA	PERIODO DE AUDITORIA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO SUB RED	CUMPLIMIENTO SEDE
Auditoria Adherencia al curso de preparación prenatal y postnatal II trimestre 2025 100 %	II TRIMESTRE 2025	ENID ESMEDI MALDONADO	100%	99%	100%
Auditoria de calidad de la historia clinica de medicina general y especializada en consulta externa I trimestre 2025 82 %	I TRIMESTRE 2025	MORENO TORRES MOISES ALFONSO	78%	80%	86%
		SANCHEZ RUBIANO PAULA	78%		
		MOLANO OSORIO PAULA KATHERINE	93%		
		ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	92%		
		INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	98%		
Auditoria de adhrencia a la guia tecnica para la detecccion temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en niños de infancia ii trimestre 2025 81 %	II TRIMESTRE 2025	LEON PINILLA MARIA	79%	79%	84%
		ENID ESMEDI MALDONADO	81%		
		ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	90%		
Auditoria a la calidad de registro de la historia clinica de higiene oral II trimestre 2025 100%	II TRIMESTRE 2025	ARIZA ULLOA MIRYAN YOLANDA	99%	94%	99%

SOCIALIZACION CUADRO REACCION INMEDIATA USS PORVENIR

EQUIPO DE REACCION INMEDIATA PORVENIR			
6:00 AM A 7:00 AM	DRA CARLA TROMPIZ	ENID MALDONADO	MAYERLIN PEREZ
7:01 AM 10:00 AM	DR ALEJANDRO ZULUAGA		ERIKA PEÑA
10:01 AM A 1:00 PM	DRA PAULA MOLANO		YEIMY RAMIREZ
1:01 PM A 4:00 PM	DR EDWAR INFANTE	MARIA LEON	ESTEFANI GOMEZ
4:01 PM A 7:00 PM	DRA AGIE RODRIGUEZ		LEIDY BUITRAGO

DESARROLLO

SOCIALIZACION PLAN PADRINO

Se informa a los funcionarios de la unidad de villa Javier que se actualizo el plan padrino, la idea es que cada facturadora y auxiliar se empodere del profesional designado para revisar agendas y cuando se presentes novedades estar pendientes.

PLAN PADRINO PORVENIR		
FACTURACION	**PROFESIONALES**	**AUXILIARES**
MILDRE	DR EDWAR INFANTE	MARTHA
	JEFE ENID GESTANTE	MARTHA
	JEFE ENID NIÑOS	ESTEFANI GOMEZ
	JEFE ENID IMPLANTE	YEIMY RAMIREZ
MARINA	DRA ANGIE	FABIOLA
	JEFE MARIA NIÑOS	ESTEFANI GOMEZ
	JEFE MARIA CITOLOGIA	YEIMI RAMIREZ
	DRA YANELA	FABIOLA
ERIKA	DR ALEJANDRO	LEIDY
	DR MOISES MORENO	FABIOLA
	DRA PAULA MOLANO	LEIDY
DAYANIS	DRA CARLA TROMPIZ	STEFANI
	DRA LUISA ORJUELA	OLGA
	DRA ADREA MEDINA	OLGA
JENIFER ZAPATA	DRA PAULA SANCHEZ	LEIDY
	DRA DEISY GALEANO	ERIKA PEÑA
	DR ANGEL RODRIGUEZ	MARTHA
	HIGIENE ORAL	YOLANDA ARIZA

SOCIALIZACION TOMA DE TENSIONES

TOMA DE TENSIONES DE AGOSTO A OCTUBRE 2025		
SEMANA	**AUXILIAR QUE TOMA**	**HORARIO**
25 AL 29 DE AGOSTO	ERICA PEÑA	8:00 AM A 11:00 AM Y 2:00 PM A 3:00PM
1 AL 5 DE SEPTIEMBRE	YEIMI	8:00 AM A 11:00 AM Y 2:00 PM A 3:00PM
08 AL 12 DE SEPTIEMBRE	MARTHA VIZCAYA	8:00 AM A 11:00 AM Y 2:00 PM A 3:00PM
15 AL 19 DE SEPTIEMBRE	FABIOLA GONZALES	8:00 AM A 11:00 AM Y 2:00 PM A 3:00PM
22 AL 26 DE SEPTIEMBRE	ESTEFANI	8:00 AM A 11:00 AM Y 2:00 PM A 3:00PM
29 SEP AL 3 DE OCTUBRE	ERICA PEÑA	8:00 AM A 11:00 AM Y 2:00 PM A 3:00PM

DESARROLLO

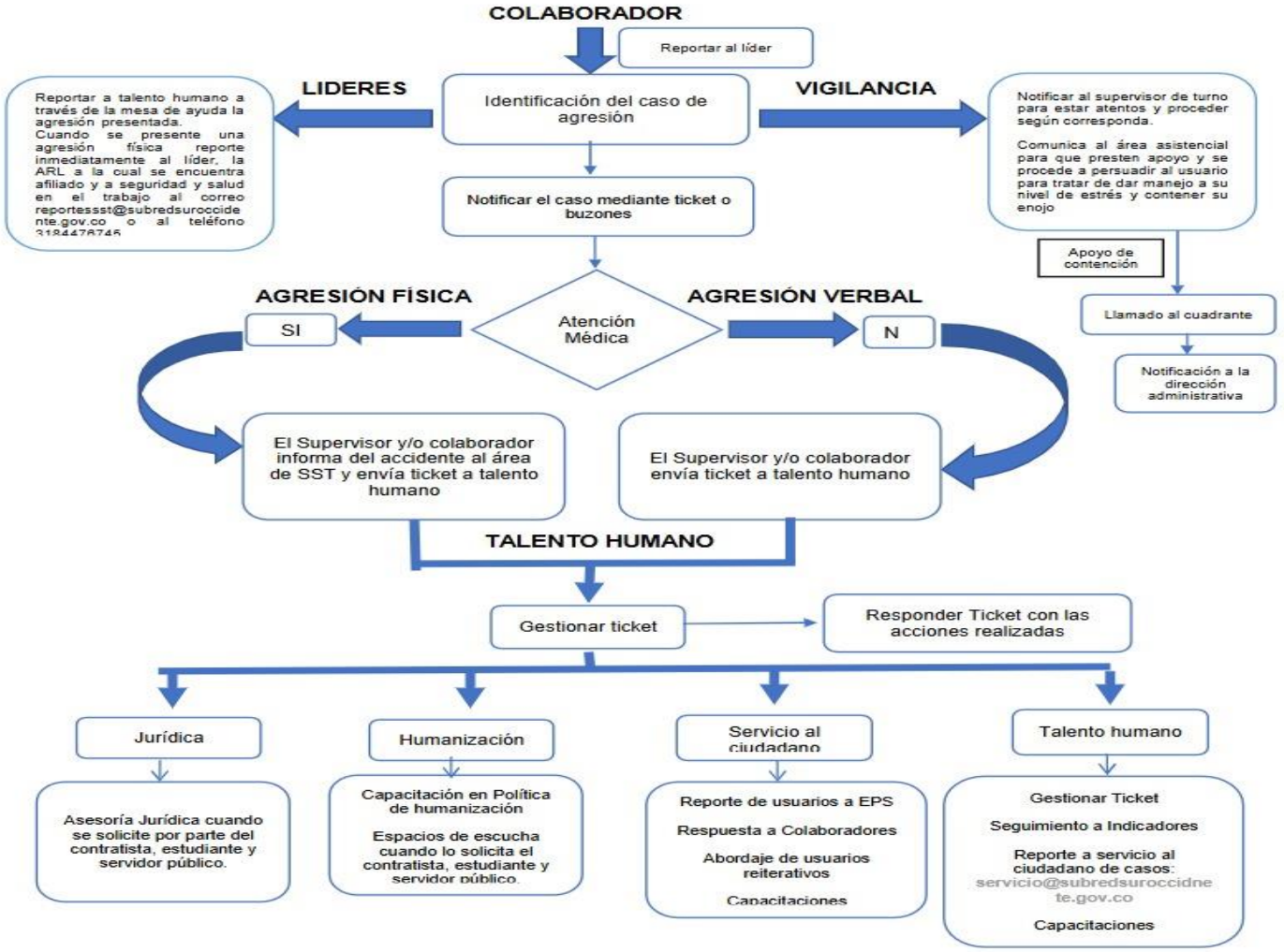
SOCIALIZACION DEMANDA INDUCIDA

PORVENIR

META PARA VACUNACION	
TRAZADOR	CANTIDAD
3 DOSIS DE PENTA	3
1 DOSIS TV	3
1 RF TV 18 MESES	3
DPT DE 5 AÑOS	3

META PARA CITOLOGIA 140 AL MES	
EDADES	CANTIDAD
25-65 AÑOS	15

SOCIALIZACION PROTOCOLO USUARIO AGRESIVO



DESARROLLO

SEGUIMIENTO A RUTAS USS PORVENIR

- **SIVIGILA**

SOCIALIZACION SIVIGILA JULIO AGOSTO

1. Fiebre amarilla
2. SaluData
3. Transmisibles
4. PAI
5. Visor epidemiológico
6. Salud sexual y reproductiva
7. Notificacion centro de salud el porvenir
8. Novedades asistencia tecnica 3er trimestre



Normatividad frente a la fiebre amarilla



ROL FUNDAMENTAL DE LAS IPS

Preparación y Capacitación

- Elaborar e implementar un plan de contingencia interno siguiendo las 5 líneas estratégicas.
- Fortalecer técnicamente al personal en el protocolo de vigilancia de Fiebre Amarilla y atención de casos.

Vacunación y Comunicación

- Garantizar capacidad para vacunación con horarios flexibles y revisar esquemas vacunales de la población.
- Disponer de profesionales para anamnesis y consentimiento informado en vacunación de mayores de 60 años.

Atención y Seguimiento de Casos

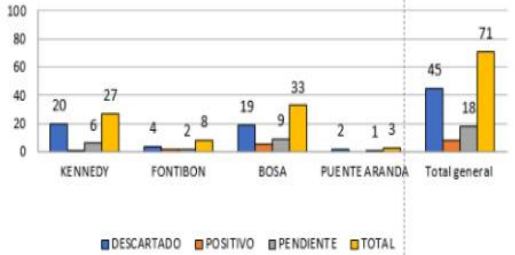
- Garantizar atención integral y seguimiento hasta la recuperación, asegurando adherencia al tratamiento.
- Obtener y enviar muestras de casos probables de Fiebre Amarilla al Laboratorio Distrital en 48 horas.
- Asegurar muestras de tejido y suero en casos de muerte probable para confirmación diagnóstica (viscerotomía).

Vigilancia y Detección

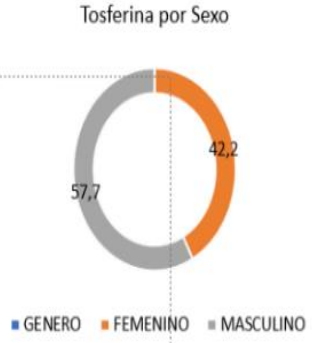
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica, incluyendo definiciones de caso y envío prioritario de muestras.
- Realizar búsqueda activa institucional de casos, incluyendo pacientes con dengue negativo de zonas de brote.

TRANSMISIBLES

TOSFERINA







INDICADOR	Menor 1 A	Menor de 5A
Incidencia	31.8*100000	28.5*100000
% IEC	90%	
% Casos descartados	89%	
% Letalidad	0	

DESARROLLO

EVENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD MATERNO PERINATAL



NOTIFICACION PORVENIR JULIO

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR NOTIFICACION SIVISTRA		
MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
JULIO	PAULA MOLANO	3
JULIO	EDWARD INFANTE	2
JULIO	ALEJANDRO ZULUAGA	0
JULIO	YANELA INFANTE	0
JULIO	ANGIE RODRIGUEZ	3
	TOTAL	8
META ESTABLECIDA POR SUBSISTEMA: 2 FICHAS POR PROFESIONAL		

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR NOTIFICACIONES SALUD MENTAL		
MES	SUBSISTEMA	CANTIDAD
JULIO	SIVIM	18
JULIO	SISVECOS	4
JULIO	SIVELCE	0
JULIO	VESPA	3
JULIO	SIVISTRA	8
	TOTAL	33

NOTIFICACION PORVENIR AGOSTO

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR NOTIFICACION SIVISTRA		
MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
AGOSTO	PAULA MOLANO	0
AGOSTO	EDWARD INFANTE	3
AGOSTO	ALEJANDRO ZULUAGA	0
AGOSTO	YANELA INFANTE	1
AGOSTO	ANGIE RODRIGUEZ	1
	TOTAL	5
META ESTABLECIDA POR SUBSISTEMA: 2 FICHAS POR PROFESIONAL		

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR NOTIFICACIONES SALUD MENTAL		
MES	SUBSISTEMA	CANTIDAD
AGOSTO	SIVIM	14
AGOSTO	SISVECOS	3
AGOSTO	SIVELCE	0
AGOSTO	VESPA	2
AGOSTO	SIVISTRA	5
	TOTAL	24

DESARROLLO

TRANSMISIBLES

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR SINTOMATICOS RESPIRATORIOS		
MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
JULIO	PAULA MOLANO	3
JULIO	EDWARD INFANTE	14
JULIO	ALEJANDRO ZULUAGA	3
JULIO	LESSNER ALMENAREZ	1
JULIO	YANELA INFANTE	6
JULIO	MOISES MORENO	1
	TOTAL	26

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR SINTOMATICOS RESPIRATORIOS		
MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
AGOSTO	PAULA MOLANO	6
AGOSTO	EDWARD INFANTE	8
AGOSTO	ALEJANDRO ZULUAGA	0
AGOSTO	LESSNER ALMENAREZ	0
AGOSTO	YANELA INFANTE	0
AGOSTO	ANGIE RODRIGUEZ	1
AGOSTO	MOISES MORENO	0
	TOTAL	15

SOCIALIZACION DE ASISTENCIA TECNICA SIVIGILA AGOSTO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
TABLERO DE VISITAS DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICAS UPGD

SUBRED SUR OCCIDENTE LOCALIDAD BOSA

No	LOCALIDAD	CODIGO DE HABILITACION DE LA UPGD	NOMBRE DE LA UPGD	TIPO	TERCER TRIMESTRE																	
					FECHA DE LA VISITA	SIVIGILA	TRANSMISIBLES	SISVESO	HUERFANAS	CRONICOS	SIVISTRA	SISVAN	SIVIM-SALUD MENTAL	SISVECOS-SALUD MENTAL	SIVELCE-SALUD MENTAL	VESPA-SALUD MENTAL	PORCENTAJE OBTENIDO	NIVEL DE CALIFICACION	IAAS	SSR	PLAN DE MEJORA	OBSERVACIONES
						75	75	75	75	75	75	75	75	75	75		100		75	75	SI/NO	
1	BOSA	110013029642	CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	De 5 y más subsistemas	26/08/2025	97	100	95	NA	NA	97	100	100	100	NA	NA	98,4	EXCELENTE	NA	NA	NO	sin hallazgos sujetos a plan de mejora

1.1 SIVIGILA

La upgd presenta un puntaje de 97% y se generan a continuación una serie de compromisos

1. La UPGD debe presentar adecuada caracterización en SIVIGILA escritorio

2. La UPGD debe garantizar la concordancia entre: modulo laboratorios (agente, tipo muestra e resultado) con la clasificación final (ajuste) y el evento notificado

3. La UPGD debe seguir garantizando que la información consignada en la descarga SIVIGILA 4,0 de los eventos de interés en salud pública se encuentra diligenciada con calidad para los colectivos e individuales

Plan de mejora: Si: __ No: _x_

Puntaje: 97%

1.2 TRANSMISIBLES

La upgd presenta un puntaje de 100% y se generan a continuación una serie de compromisos

1. Para los eventos de transmisibles prevenibles por vacuna se debe garantizar la toma de la muestra, si la institución no cuenta con laboratorio deberá gestionar la ruta para asegurar el procedimiento.

2.La institución deberá garantizar él envió del informe BAI según circular 020 del 2013 establece: "La presente información debe ser remitida a área de Epidemiologia de la Empresa Social del Estado (ESE), donde se encuentre la institución, dentro de los 10 primeros días del mes vencido"

3. La UPGD deberá realizar los ajustes dentro de los tiempos establecidos por lineamiento SIVIGILA a excepción de los EPV los cuáles se realizan en acompañamiento de la Subred.

4. En la historia clínica deberá registrarse los criterios epidemiológicos pertinentes para cada evento que faciliten la revisión y análisis de los casos.

5. Se recomienda a la institución que debe estar consultando la página del Instituto Nacional de Salud constantemente ya que se está realizando actualizaciones de protocolos

6. Dar continuidad con él envío del informe de BAI adecuadamente con calidad cumpliendo con los hallazgos establecidos en la visita y socializados por correo electrónico mensualmente.

7. Los eventos deben notificarse de forma inmediata y semanal conforme a los protocolos establecidos por él INS y él nivel central de la SDS, lo que permite realizar acciones oportunas de vigilancia en salud pública. PLAZO A DEMANDA SEGUN LOS TIEMPOS DE NOTIFICACIÓN.

Plan de mejora: Si: __ No: _x_

Puntaje: 100%

1.3 SISVESO

La upgd presenta un puntaje de **95%** y se generan a continuación una serie de compromisos

1. Continuar con la notificación de vigilancia centinela de manera semanal de acuerdo a la meta establecida por parte de la Subred Sur Occidente 32 fichas mensuales, 8 semanales

2. Validar la concordancia de datos de ficha con historia clínica

3. Continuar con el envió de la notificación de manera semanal a los correos ya establecidos para la notificación de la Subred Sur Occidente notificacionsisveso@gmail.com.

4. Realizar precrítica de la ficha de notificación, previo envió de esta

Plan de mejora: Si: __ No: X

Puntaje: 95%

1.4 SIVISTRA

La upgd presenta un puntaje de **97%** y se generan a continuación una serie de compromisos

1. Realizar la Notificación semanal ante la presencia y/o ausencia de eventos de interés para el subsistema de vigilancia SIVISTRA al correo oficial de epidemiologia de la Subred Sur Occidente sivistrasuroccidente@gmail.com

2. Socializar al personal médico la presentación que se deja durante la asistencia técnica Riesgo Químico.

3. Retroalimentar los casos intervenidos por VSP y dejar en acta

4. Realizar notificación mensual positiva.

Plan de mejora: Si: __ No: X

Puntaje: 97%

1.5 SISVAN

La upgd presenta un puntaje de 100% y se generan a continuación una serie de compromisos

1. Realizar socialización a los profesionales sobre la importancia de realizar un adecuado diligenciamiento de la historia clinica con la finalidad de mejorar los errores de las variables evidenciadas en los tableros de control (Dirección de residencia, peso, talla, edad, FUM y duplicidad).
2. Continuar garantizando la aplicación de la prueba de apetito FTLC en la UPGD a los casos notificados con la finalidad de realizar un adecuado manejo de acuerdo a la resolución 2350 del 2020.
3. Continuar el cumplimiento de la resolución 2350/2020: mediante la realización de prueba de apetito, formulación de FTLC según corresponda, prescripción de micronutrientes (ácido fólico y hierro), formulación de Albendazol y antibiótico (si aplica), seguimiento y monitoreo de la recuperación nutricional de los niños y niñas con desnutrición aguda moderada y/o severa acorde con la Resolución 2350 de 2020, que se evidencie el registro de dichas actividades en las historias clínicas de atención.
4. Dar continuidad en la respuesta oportuna de la solicitud que se realiza en la concordancia SISVAN menores - SIVIGILA evento 113 DNT Aguda.
5. Dar respuesta a los casos recibidos FOR BAI de manera oportuna, así mismo a los casos que se encuentren con EPS privada realizar la debida remisión para su manejo; en los casos que no se logra contacto para su verificación remitirlos a equipos básicos extramurales para su búsqueda.

Plan de mejora: Si: __ No: _X_

Puntaje: 100%

1.6 SIVIM

La upgd presenta un puntaje de **100%** y se generan a continuación una serie de compromisos

1. Continuar realizando acciones de fortalecimiento con el personal en salud que interviene en el proceso de notificación.

2. Socializar los resultados de la actual asistencia técnica.

3. Garantizar notificación con calidad y oportunidad en el 100% de los eventos.

Plan de mejora: Si: __ No: _X_

Puntaje: 100%

1.7 SISVECOS

La upgd presenta un puntaje de **100%** y se generan a continuación una serie de compromisos

1. Continuar realizando acciones de fortalecimiento con el personal en salud que interviene en el proceso de notificación, con el fin de mantener la calidad en los eventos de conducta suicida.

2. Socializar los resultados de la actual asistencia técnica, con personal, teniendo en cuenta fortalecimiento durante espacio de asistencia.

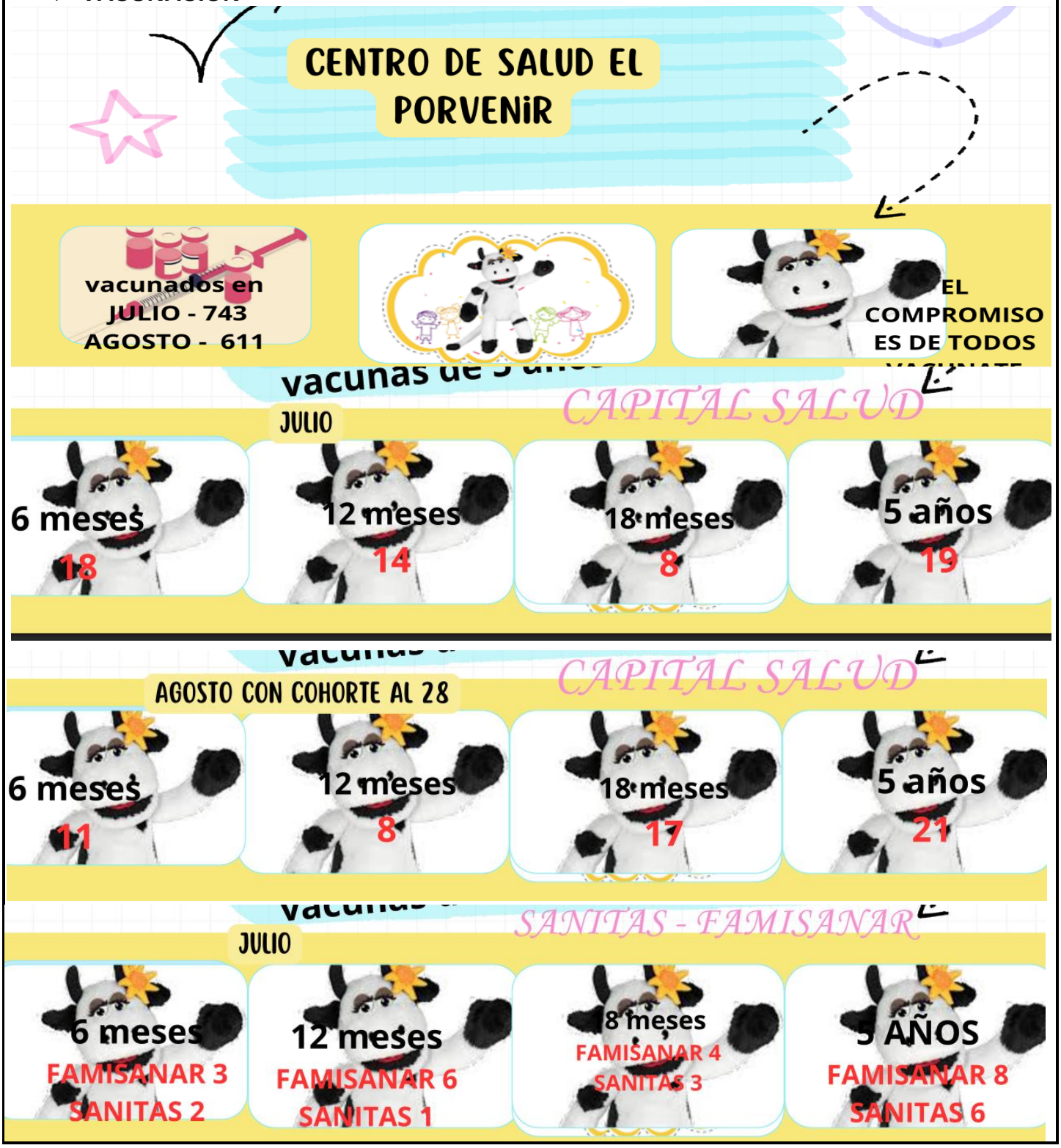
3. Garantizar notificación con calidad y oportunidad en el 100% de los eventos.

Plan de mejora: Si: __ No: _X_

Puntaje: 100%

DESARROLLO

- **VACUNACION**



vacunas de

SANITAS - FAMISANAR

AGOSTO



DEMANDA INDUCIDA JULIO

DRA. Paula molano 10
DRA. Luisa Orjuela 8
DRA. Deisy galeano 5
DR. Alejandro zuluaga 15
DR. Eduwar infante 5
DRA. Angie rodriguez 15
DRA. Andrea medina 2
DRA. Paula sanchez 2

Aux. martha 10
H.Oral. Yolanda 0
Aux. Fabiola 12
Jefe. Maria leon 10
Jefe. Enid maldonado 6
DRA. Yanela infante 6
Jefe. Enid maldonado 16

DEMANDA INDUCIDA AGOSTO

DRA. Paula molano 7
DRA. Luisa Orjuela 2
DRA. Deisy galeano 1
DR. Alejandro zuluaga 7
DR. Eduwar infante 4
DRA. Angie rodriguez 10
DRA. Paula sanchez 2

Aux. martha 15
Aux. Fabiola 10
Jefe. Maria leon 8
Jefe. Enid maldonado 3

Conductor. Wilson Fredy RUIZ 10


COLABORADORES CON VACUNAS
TRAZADORAS JULIO
DR. Alejandro Zuluaga 2
DRA. Paula Molano 1
JEFE. Enid Maldonado 1
COLABORADORES CON VACUNAS
TRAZADORAS AGOSTO
DR. EDWARD INFANTE 3
DRA. PAULA MOLANO 2
JEFE. ENID MALDONADO 1
DRA. LUISA ORJUELA 1
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
BIOLOGICOS APLICADOS
JULIO - 1581
AGOSTO - 1321 a la fecha 28/08/2025
LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS
AUX. LEIDY BUITRAGO
ESTEFANY GOMEZ
VACUNACION

DESARROLLO

- **RUTA MATERNO PERINATAL**

Gestantes activas
83
21 FAMISANAR
4 PROYECTO PAISS
52 CAPITAL SALUD
ASMET SALUD 1





13 GESTANTES TUVIERON BB

INGRESARON
13 gestantes
nuevas



DESARROLLO

- **RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR**





DESARROLLO

SOCIALIZACION FECU3ENCIA DE ORDENES MEDICAS

En el momento se socializa la frecuencia de ordenes medicas con el fin de optimizar los procesos del ámbito ambulatorio, a partir de la fecha los pacientes que asisten a consulta externa por medicina general o especializada programada, en los centros de salud de la SUBRED SUR OCCIDENTE, deben egresar de la consulta con órdenes de solicitudes de servicio en las que se anote la frecuencia de seguimiento o periodicidad de control que requiera el usuario.

Para lo consiguiente se dan los siguientes ejemplos:

• En la solicitud de servicios (laboratorios, imágenes, apoyos diagnósticos).

• Indicación de citas médicas de control o de primera vez por medicina general o cualquier especialidad. Seleccionar:

• ESTADO (urgente, rutinario, muy urgente o control).

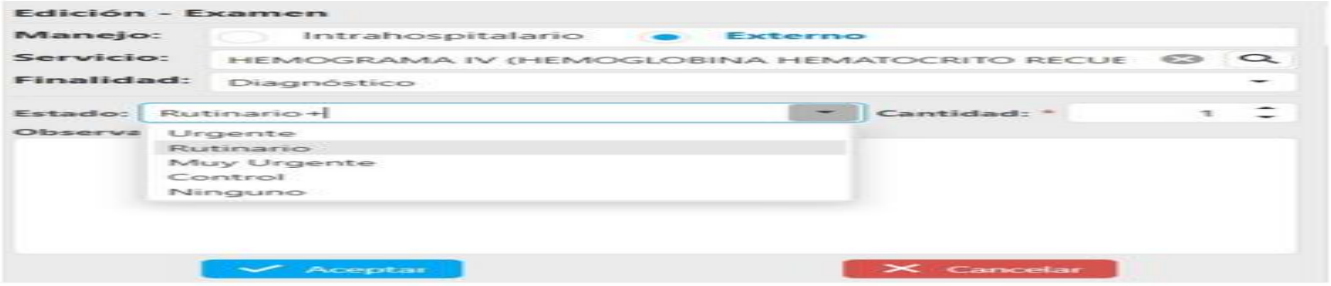
• Anotar en OBSERVACIÓN:

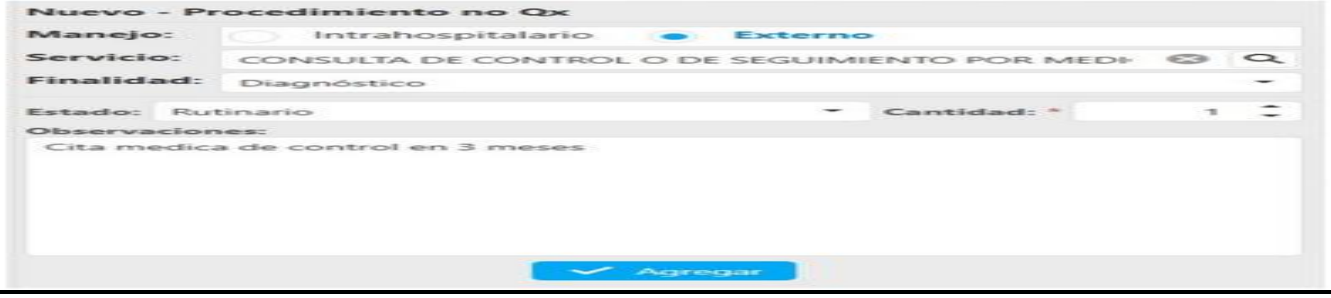
-Cita control en 3 meses.

-Tomar exámenes en 15 días o el tiempo que corresponda.

-Asistir a cita con reporte de exámenes en 1 mes o l periodo que corresponda de acuerdo al criterio médico.

Nota:
*Se solicita socializar a todo el personal médico y especialista de unidades ambulatorias.
*Se anexa a continuación imágenes





DESARROLLO

DILIGENCIAMIENTO DE PERMITETRO BRAQUILA EN HC DE MENORES DE 5 AÑOS

Se hace énfasis a los profesionales de medicina, enfermería y pediatría que en el momento de la valoración de un menor de 5 años es importante realizar registro de las siguientes medidas como también se informa que ya las Historias Clínicas cuentan con estos caracteres para realizar registro en caso que no se pueda diligenciar dejarlo escrito en el análisis de la HC.

Perímetro Braquial, Perímetro Cefálico, peso, talla, si aplica medidas de antro Z: T-E, Z: P-T, ya que fueron puntos evaluados y se encontraron en algunas Historias clínicas no tenían diligenciados estos campos.

Como también encargarle al área de pediatría cuando realice cambio de suplemento escribir la observación del por qué, ya que en una HC evaluada se evidencia cambio de medicamento peor no justifico el cambio.

Recordar que todo menor que fue diagnosticado con desnutrición debe de tener un control a os 7 días con medicina o pediatría para garantizar lo establecido en la ruta.

Para los profesionales de medicina y pediatría, por favor realizar registro en la HC de alimentación nutricional, educación para el autocuidado signos de alarma, sabemos que se realiza de forma verbal, pero se debe de dejar registro en el campo de educaciones.

10. VARIOS

Se permite el espacio para temas varios en la unidad de porvenir.

En el momento la jefe Ibet informa sobre **OPORTUNA,** que es una aplicación la cual mide los tiempos de atención del usuario e informa si el usuario no es llamado para su atención en el horario de la cita asignada, genera una alerta en la cual indica nombre de usuario documento tipo de cita profesional hora de la cita y cuánto tiempo lleva en espera esto mismo aplica para laboratorio, facturación y asignación de citas.

Se recomienda a los funcionarios que realizan llamado de pacientes por medio de dinámica reportar si tiene alguna novedad para informar, puesto cuando no se da respuesta de **OPORTUNA** esto va escalando por dependencia hasta llegar a la gerencia, la idea es no tener que llegar a ese extremo si no que llamemos a tiempos a los usuarios.

Los médicos realizan intervención ya que manifiestan que deben de entender cuando se presenta caída del sistema, o durante la consulta se presenta algún improvisto con el usuario que puede generar que se corra los horarios de atención como también deben de tener en cuenta las citas extras agendadas ya que se llaman el momento que se cuente con el espacio.

Todas estas novedades manifestadas serán comentadas para poder dar solución.

DESARROLLO

Se recuerda a los profesionales tener presente la frecuencia de ordenes médicas que se socializo al inicio de la reunión para poder ser adherentes y que el usuario este informado de cada cuanto serán sus controles y debe de realiza toma de laboratorios.

Se recuerda el uso dela bata dentro del consultorio la bata debe de ser blanca sin logos o escudos de otras instituciones, recordar que no se debe andar en la cocina u otras ares con la bata.

La Dra. María Huertas del CDC manifiesta inconformidad por la demora en facturación de los pacientes ya que se solicita en el grupo y se demora hasta 1 hora, se hace la aclaración que en el momento que no se puede facturara ya sea por demanda del servicio o por temas de falla de dinámica ya que ha estado intermitente en la última semana pero se genera estrategia de realizar llamada en caso que se envié a facturar en el grupo y pasado 10 minutos no se dé respuesta la auxiliar Natalia llamara a la facturadora para agilizar la gestión.

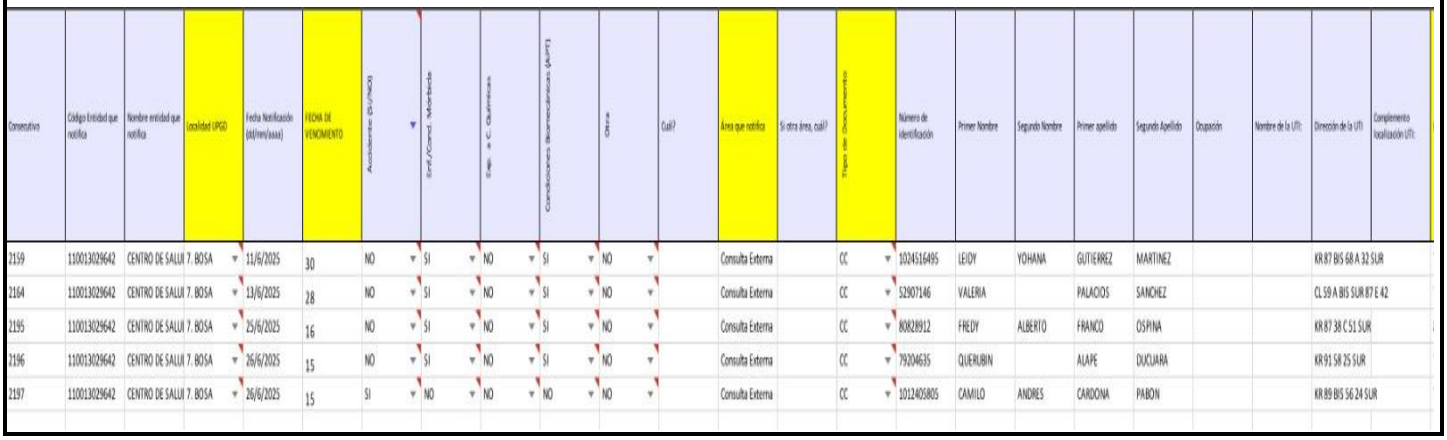
La jefe Enid manifiesta que en ocasiones factura el paciente pero a ella en su agenda no le aparece el bombillo rojo, actualiza dinámica y muchas veces no aparece, ella informa que puede diligenciar la HC pero no le suma a la productividad.

Se realiza solicitud por correo electrónico para verificación en dinámica ya que no es la primera vez que se está presentado esta falla.

Del área de facturación manifiestan que cuando envían anular una factura ejemplo de implante o de otra especialidad no lo están anulando completo y esto está generando que sigan ingresos abierto, para esto la líder hablara con el área de facturación para saber el motivo.

En la visita de sivigila dejaron un hallazgo en sisvesco ya que informaron que algunas fichas no tenían pre critica, se informa que desde el mes de junio se está solicitando capacitación para la auxiliar de odontología Olga lancheros y a la fecha no han vendido ya que del área de SISVESCO manifiestan que no han tenido el tiempo se enviara nuevamente correo para la capacitación.

Se informa que los casos que se notificaron en el mes de junio de SIVISTRA, están pendiente por investigación ya que se recuerda que lo que se notifica debe de ir relacionado acorde al tema laboral en el momento estos son los casos que están pendientes.



Consecutivo	Código Entidad que notifica	Nombre entidad que notifica	Localidad UPGD	Fecha Notificación (dd/mm/aaaa)	FECHA DE VENCIMIENTO	Accidente (ofídico)	Enf/Cond. Morbidas	Cigs. + C. Químicos	Condiciones Biomecánicas (ALPE)	Otros	Cual?	Área que notifica	Si otra área, cual?	Tipo de Documento	Número de identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido	Ocupación	Nombre de la UTI:	Dirección de la UTI	Complemento localización UTI:
2159	110013029642	CENTRO DE SALUI 7. BOSA	11/6/2025	30	NO	SI	NO	SI	NO			Consulta Externa		CC	1024516495	LEIDY	YOHANA	GUTIERREZ	MARTINEZ			KR 87 BIS 68 A 32 SUR	
2164	110013029642	CENTRO DE SALUI 7. BOSA	13/6/2025	28	NO	SI	NO	SI	NO			Consulta Externa		CC	52907146	VALERIA		PALACIOS	SANCHEZ			CL 59 A BIS SUR 87 E 42	
2195	110013029642	CENTRO DE SALUI 7. BOSA	25/6/2025	16	NO	SI	NO	SI	NO			Consulta Externa		CC	80828912	FREDY	ALBERTO	FRANCO	OSPINA			KR 87 38 C 51 SUR	
2196	110013029642	CENTRO DE SALUI 7. BOSA	26/6/2025	15	NO	SI	NO	SI	NO			Consulta Externa		CC	79204635	QUERUBIN		AJAPE	DUCUARA			KR 91 SR 25 SUR	
2197	110013029642	CENTRO DE SALUI 7. BOSA	26/6/2025	15	SI	NO	NO	NO	NO			Consulta Externa		CC	1012405805	CAMILO	ANDRES	CARDONA	PABON			KR 89 BIS 56 24 SUR	

DESARROLLO

Se recuerda a todos los profesionales verificar en dinámica los usuarios que cuenten con más de 2 citas asignadas ya que se ha evidenciado que diligencian una y no verifican la otra cita sobre todo en el arrea de odontología, higiene oral, enfermería y medicina. Esto con el fin de garantizar el diligenciamiento de cada folio y evitar notificaciones por Oportuna, y que no se aumente el indicador de inasistencia ya que el usuario si asiste peor no se diligencian las HC completas

Se recuerda que las excepciones son los planes de contingencias por caída del sistema o por caída del internet, en este caso se tendrá en cuenta el día, el diligenciamiento de la HC manual y por el área de gestión documental para que le den cumplida a la cita, se recuerda la entrega oportuna de las HC manuales.

Para el área de facturación se le solicita que cuando llamen el turno para asignación de cita o facturara cita deben de cerrar el botón ya que se ha evidenciado que no lo hacen y esto genera alerta para Oportuna, cuando en realidad el paciente si ha sido atendido, de igual manera notificar en caso que se presente dificultad.

Se recuerda a los funcionarios de OPS cargar las cuentas de cobro con tiempo, no dejando el último día para poder verificar y en caso de devolución se puede realizar dentro de los tiempos establecido por cuentas por pagar ya que son dos filtros que se deben de verificar.

Se les recuerda a los funcionarios de OPS el cargue de las evidencias para la certificación de cuentas de cobro.

Se les recuerda a los funcionarios de OPS que es una responsabilidad de cada uno estar pendiente cuando se envié mensaje de aceptar adición y prorroga ya que se evidencio que unos funcionarios no lo realizaron el día que es y se quedaron sin contrato, esto afecta tanto la prestación de servicio para los usuarios de la unidad y a los contratista, s eles recuerda que esta adición que se firmó el 15/08/2025 va hasta el 30/09/2025 que deben de estar pendiente ese día para aceptar la nueva adición del mes de octubre.

Se finaliza la reunión del mes de abril en el centro de salud porvenir con los compromisos ya escritos anteriormente.

FECHA: 28 DE AGOSTO DE 2025	TEMA: Plan de trabajo del equipo primario del centro de salud Porvenir agosto la Subred se Conecta

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Realizar filtro en fila para los usuarios que lleguen a facturar sobre la hora	Servicio al ciudadano, Facturación	Diario
Los profesionales llevaran un autocontrol de la agenda para realizar comparativo a final de mes	Profesionales	Diario

Recordar los tiempos de facturación el son 6 minutos de espera desde la hora de la cita asignad.	Profesionales, facturación	Diario

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Edwar d Infante	1019429103	Porvenir	Médico	Ambulatorio	
2	Paola Sanchez	1030602980	Porvenir	Pediatra	Ambulatorio	
3	Laura Milena Ramirez	52534731	Porvenir	Aux. Enfermera	Ambulatorio	
4	Paula Melo	1022[illegible]20	Porvenir	Médico	ambulatorio	
5	Alejandro Zuluaga	1019130752	Porvenir	Medico	Ambulatorio	
6	Dora Gallero	1012348431	Porvenir	Psicologa	Ambulatorio	
7	Mildred Gonzalez	1143854628	Porvenir	Facturación	Ambulatorio	
8	Erika Ariza Mejia	1031132243	Porvenir	facturación	Ambulatorio	
9	Dayana Fuentes	1064726220	Porvenir	facturacion	Ambulatorio	
10	Marina Palacios	1033685684	Porvenir	Educacion	Ambulatorio	
11	Andrea C Medina	1007579946	porvenir	odontologa	Ambulatorio	
12	Carla J. Trompiz H	4606000	Porvenir	Médico	Ambulat	
13	maria leon Padilla	1030582327	Porvenir	enfermera	ambulatorio	
14	Yudi Buitrago	1012406776	Porvenir	Auxiliar	Atención usuario	
15	Rocio Moscoso	65768804	Porvenir	Aux Serv. Ciudadano		
16	Patricia Alvarado	52290 13	Porvenir	Aux. farma	complem.	
17	Enid Maldonado	52305455	Porvenir	Enfermera	Ambulatorio	
18	Wilson fredy Ruiz	79206548	Porvenir	Aux Adm.	Ambulat.	
19	Angie Paola Rodriguez	1022431740	Porvenir	Medico	ambulatorio	
20	Jennifer Zapata	1026576296	porvenir	Facturador	ambulat	
21	ERIKA Y. PEÑA	1030638725	PORVENIR	AUX. ENF.	AMBULATORIO	
22	Leidy Buitrago	1012366190	Porvenir	Auxiliar Enfermeria	Ambulatorio	
23	Martha Vanegas	52072736	Porvenir	Auxiliar Enfermeria	Ambulatorio	
24	Olga Jancheros	53132641	Porvenir	Aux Salud Oral	Ambulatorio	
25	Blanca 6	36549693	Porvenir	Aux Enf	Ambulat	
26	Nathalia Ortiz	1034779346	Porvenir	Aux Enf	Ambulat.	
27	M. Alejandra Huertas P	1007698988	porvenir	medica	Ambulat	