Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	**5**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	**12/07/2024**	
		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) Centro de salud Porvenir

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X__		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 30/09/2025	LUGAR: SALA DE LA MUJER	HORA INICIO: 2:15
RESPONSABLE: DEICI GALEANO		HORA FINAL: 2:30

OBJETIVO DE LA REUNION

Reportar para el mes de Septiembre no se presentaron fallas y auditorias

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Revisar no se tenían auditorias programadas
3. Cierre
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. Saludo
2. Se realiza revisión de agenda programada para el mes de Septiembre donde se soporta que no se tienen auditoria programadas, no se tiene planes de mejora para desarrollar a la fecha.
3. Cierre se la revisión.

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	DEICI GALEANO	1012348431	PORVENIR	PSICOLOGA	AMBULATORIO	Cuz Deici Galeano D
2						
3						