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)
_____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X__		NÚMERO DE ACTA: 1
FECHA: 01/09/2025	LUGAR: centro villa Javier	HORA INICIO: 7 AM
RESPONSABLE Yolanda ariza		HORA FINAL: 4 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Realizar acta sobre la limpieza y desinfección que se realiza entre paciente y paciente en cada consulta durante el mes de marzo de 2025 en el centro de porvenir

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Los días que se realizó la limpieza
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

Se realiza acta del mes de agosto de 2025 informando los días hábiles que se trabaron y socializando las consultas por día.

2. DIAS TRABAJADOS DONDE SE REALIZO LA LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE

Del día 01/09/2025 realizo la limpieza y desinfeccion de la unidad y isntrumental, hasta el 30 de septiembre 2025 pacientes en agendas se realizó la limpieza entre paciente y paciente con los productos que se cuentan en el contenedor como lo son CLOROX ORGANICO ,QUIRUGER PLUS y el paño de limpieza.

FECHA: 30/09/2025	TEMA: Realizar acta sobre la limpieza y desinfección que se realiza entre paciente y paciente en cada consulta durante el mes de junio 2025 en el centro de salud villa Javier

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Realizar limpieza y desinfección entre paciente y paciente de manera daría	Yolanda ariza	Diariamente
Informar sobre cualquier novedad que se presente	Yolanda ariza	

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	**Yolanda ariza Ulloa**	**52634573**	**Porvenir**	**Higienista**	**Ambulatorio**	
2						