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: 01/10/2025	LUGAR: PORVENIR	HORA INICIO: 7 AM
RESPONSABLE YOLANDA ARIZA		HORA FINAL: 5 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Realizar acta sobre todas las obligaciones contractuales en cada consulta durante el mes de febrero 2025 en el centro de PORVENIR

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Días trabajados donde realizo mis actividades contractuales en el mes
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. SALUDO

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

2. DIAS TRABAJADOS DONDE SE REALIZO TODAS MIS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DONDE REALIZO MIS ACTIVIDADES

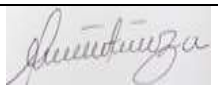
1.Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas mi actividad de producto es realizo aquí es entregando códigos
2. todas nuestras actividades quedan registradas en las carpetas y documentos que debemos diligenciar a diario

3.Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. Nuestro producto es realizar odontogramas
4.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según Requerimientos de la Subred mi producto es anexar acta de EAC o LSC
5. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento mi producto es elPantallazo cargue de las carpetas con las obligaciones asignada
6.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato mi producto es Anexar pdf del inventario a cargo en caso de terminacion de contrato realizar acta de entrega
7.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Mi producto es anexar acta de la reunion mensual
8.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.mi producto es se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los ticket realizados a su nombre .
9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales Mi producto es participo en la jornada de BARNIZ DE FLUOR , formato de cumplimiento de metas
10. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales ensualmente. Mi producto Anexar lo de seguridad social mensualmente
11. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución. Mi producto es Apoyo en la identificacion del odontograma
12. Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana. protección específica. y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del
POS. el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución. Mi producto es anexar pdf de demanda inducida y efectiva
13. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes
con el objeto del contrato mi producto no aplica
14. Realizar el proceso de limpieza y desinfeccion entre paciente y paciente con su debido registro , en el consultorio asignado. Mi producto es Anexar pdf de los formatos diligenciados de registros de limpieza y desinfección

15. hacer el uso del carnet institucional mi producto es no aplica
16.Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud,
pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc mi producto es anexar la planilla y pantallazo de secoop
17.no aplica
18. Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al
manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas) escanear las agendas y si tienen alguna novedad informar al líder encargado
19. no aplica

DESARROLLO

FECHA: 31/10/2025	TEMA: Realizar acta sobre todas mis obligaciones contarctuales que se realiza entre paciente y paciente Y apoyo en el área de odontologia

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	 Inmediatamente

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**	**52634573**	**Villa Javier**	**higienista**	**Ambulatorio**	
2					**Ambulatorio**	