| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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<br>COMITÉ _____REUNIÓN _____OTRO _X _ | | NÚMERO DE ACTA: 1 |
| FECHA: 31/03/2026 | LUGAR: con 201 | HORA INICIO: 7:00 am |
| RESPONSABLE:<br>JESSICA STEFFANIA ORTIZ TORRES | | HORA FINAL: 4:00pm |

## OBJETIVO DE LA REUNION

REPORTAR PARA EL MES DE MARZO LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE DOCENCIA SERVICIO DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES

## ORDEN DEL DIA(TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Para el mes de marzo no se presentaron acompañamientos con psicólogos en formación

## 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<br>2. Se realiza revisión de que en el mes de marzo no se presentaron acompañamientos con psicólogos en formación<br>3. Cierre. |

| | |
|---|---|
| | TEMA: AUDITORIAS Y FALLAS |

| **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** | **Jessica Steffania Ortiz Torres** | **1012448900** | **Villa Javier** | **Psicóloga** | **Ambulatorio** | **JessicaSteffania Ortiz Torres** |