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: 31/03/2026	LUGAR: con 201	HORA INICIO: 7:00 am
RESPONSABLE: JESSICA STEFFANIA ORTIZ TORRES		HORA FINAL: 4:00pm

OBJETIVO DE LA REUNION

REPORTAR PARA EL MES DE MARZO NO SE PRESENTO PLAN DE CONTINGENCIA

ORDEN DEL DIA(TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Para el mes de marzo no se presento plan de contingencia

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 que en el mes de marzo no se realizo plan de contingencia 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**