Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	**5**
		Fecha de aprobación:	**12/07/2024**
		Código:	**02-01-F0-0001**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Marque con una X segúncorresponda

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: 30/05/2026	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 MAYO NO SE PRESENTO PLAN DE CONTINGENCIA

ORDEN DEL DIA(TEMAS ATRATAR)

1. Saludo
2. Para el mes de mayo 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 mayo no se realizo plan de contingencia 3. Cierre.

	TEMA: AUDITORIAS Y FALLAS

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHADE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo acumplirconlas actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

.

		FIRMA DE ASISTENTES				
N°	**NOMBRE**	**N° IDENTIFICACIÓN**	**UNIDAD**	**CARGOO ACTIVIDAD**	**PROCESO AL QUE PERTENECE**	**FIRMA**
1	**Jessica Steffania Ortiz Torres**	**1012448900**	**Villa Javier**	**Psicóloga**	**Ambulatorio**	JessicaSteffania Ortiz Torres