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: 31/05/2026	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 MARZO FALLAS Y AUDITORIAS

ORDEN DEL DÍA(TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. No se tenían auditorias programadas
3. Reportes al mes sobre las caídas de del sistema
4. Cierre

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 agenda programada para el mes de mayo, donde se soporta que no se tiene auditorias programadas, no se tiene planes de mejora para desarrollar a la fecha. 3. Se reporto varios días de caída del sistema y del internet en el mes de mayo 4. 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**	**CARGO O ACTIVIDAD**	**PROCESO AL QUE PERTENECE**	**FIRMA**
1	**Jessica Steffania Ortiz Torres**	**1012448900**	**Villa Javier**	**Psicóloga**	**Ambulatorio**	**JessicaSteffania OrtizTorres**