Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios __x__ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) centro de salud porvenir

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 30/06/2026	LUGAR: sala de la mujer	HORA INICIO:2:00
RESPONSABLE: (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL2:10

OBJETIVO DE LA REUNION

Reportar para el mes de junio no se presentaron quejas o felicitaciones

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Revisar si se presento quejas o felicitaciones
2. cierr
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. En el transcurso del mes de junio no se presentaron quejas o felicitaciones.
2. Cierre se la revisió

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	**DEICI GALEANO**	**1012348431**	**povenir**	**psicologa**	**Ambulatorio**	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						