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) Centro de salud Porvenir

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X_		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 30/09/2026	LUGAR: SALA DE LA MUJER	HORA INICIO: 3:10
RESPONSABLE: DEICI GALEANO		HORA FINAL: 3:20

OBJETIVO DE LA REUNION

Reportar para el mes de septiembre no se realizaron formatos de plan de contingencia

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Revisar si se presento plan de contigencia
2. cierre
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 septiembre se realizaron cero formatos de plan de contingencia
2. Cierre se la revisión.

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	PORVENIR	PSICOLOGA	AMBULATORIO	Luz Deici Galeano D
2						
3						