HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GESTION DE LA CALIDAD
ACTA DE REUNIÒN

SAM
Humanizando la salud transformamos vidas

05GC38 – V2

REUNIÓN	Cierre y recepción de oferta- Contratación Directa	**ACTA No. 1405**	
FECHA	30 de Octubre de 2026	**HORA DE INICIO**	01:30 p.m.
LUGAR	Subdirección de Bienes Compras y Suministros	**HORA FINAL**	02:00 p.m.

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

Recepcionar la oferta PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA del proceso adelantado por Contratación Directa – Por Su Naturaleza – Productividad.

TEMAS A TRATAR

1. Recepción De Oferta – Objeto oferta PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA.Invitado: a la Profesional: MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA

REVISIÓN DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR: APLICA NO APLICA X

El líder puede o no aplicar. Marque con una "x". Para los casos que aplique diligencie la descripción de la actividad

#	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1				
	TOTAL DE ACTIVIDADES	0	0	
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (Actividades cumplidas/Total de actividades programadas)	0%		

DESARROLLO DE LOS TEMAS A TRATAR

Siendo las 02:00 p.m. en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, se realiza el cierre de la Invitación a Cotizar - Contratación Directa cuyo Objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA.De la cual presenta oferta en medio físico tres (3) sobres: a la Profesional: MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA

COMPROMISOS ADQUIRIDOS DURANTE LA REUNIÓN.

Incluir los compromisos en el Plan de Mejora Unico por Procesos según el Proceso que le aplica

#	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Remisión de documentos a las áreas para evaluación	Técnico	

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA REUNIÓN.

Califique de 1 a 5 la evaluación de la efectividad de la reunión, teniendo en cuenta la votación de los participantes, el cumplimiento de los siguientes criterios: objetivos, cobertura de los temas propuestos, organización y cumplimiento de reportes.

CALIFICACIÓN DE LA REUNIÓN: Marcar con "X" el recuadro					OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS
1	2	3	4	5	Describa brevemente criterios a mejorar

FIRMA DE LOS ASISTENTES A LA REUNIÓN

#	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O ACTIVIDAD	FIRMA
1	CARLOS FERNANDO GONZALEZ PRADA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	
2	DIANA MIREYA ALARCÓN ALARCÓN	PROFESIONAL DE CONTRATACIÓN	
3	ROCIO DE LOS ANGÉLES FONNEGRA GÓMEZ	TÉCNICO DE CONTRATOS ASISTENCIALES	
4	MARIA ANGELICA PALENCIA BOADA	OFERENTE	