| **Fecha: 08-03-21** | | | **Acta No:** | **Hora Inicio: 8:00 am** | | **Hora Fin: 9:00 am** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tema: Reunión coordinadora** | | | | | | |
| **Responsable: Claudia Patricia Varon Ramírez** | | | | | **Elaborado por: Claudia Patricia Varon Ramírez** | |
| **Proceso / Subproceso / Actividad:** Promoción del Desarrollo Social/Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social /Salud Pública | | | | | | |
| **Lugar: Google Meet** | | | | | | |
| **AGENDA** | 1. | Programación visitas de asistencia técnica a la ESE Salud Pereira | | | | |
| 2. | Capacitaciones | | | | |
| 3. | Plan de mejoramiento hallazgos 2020 | | | | |
| 4. |  | | | | |
| 5. |  | | | | |
| 6. |  | | | | |
| 7. |  | | | | |
| 8. |  | | | | |
| 9. |  | | | | |
| 10. |  | | | | |
| 11. |  | | | | |
| 12. |  | | | | |
| **DESARROLLO DE LA REUNIÓN** | | | | | | |
| 1. La coordinadora informa cual es la programación de las visitas de asistencia técnica que se deben realizar a la ESE Salud Pereira para el año 2021, dando respuesta al plan de acción municipal y plan territorial de salud. 2. La meta de las visitas para el año 2021 es de 44 actividades que corresponde a 2 visitas por cada sede abierta (1 visita verificación del SOGC- Seguridad del paciente – humanización y 2 visita seguimiento al plan de mejoramiento). 3. Las primeras 22 vistas están programadas para realizarse en el II trimestre del año y las otras 22 para el III trimestre. 4. Se debe realizar de manera oficial la notificación a la ESE salud Pereira de la programación de las vistas de asistencia técnica con anterioridad con el objeto de que la referente de calidad pueda participar del recorrido.. 5. Definir con la referente de calidad el Cronograma de capacitaciones y los temas a trabajar para el año 2021. 6. Recordar nuevamente a la Ese Salud Pereira el envió del plan de mejoramiento del año 2020, concretar la fecha de entrega, ya que es un insumo importante para el desarrollo de las visitas del año 2021. | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **COMPROMISO** | **RESPONSABLE** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** | **SEGUIMIENTO**  **Ejecutado Si/No** | |
| **SI** | **NO** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No:** | **FIRMA** | C:\Users\DANI\Downloads\WhatsApp Image 2020-03-27 at 3.40.39 PM.jpeg |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | prestaserviciospereira@gmail.com | claudiapvarón@gmail.com |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fecha:08-03-21** | **TELÉFONO OFICINA/ CELULAR** | 3146826008 | 3105057444 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CARGO** | Coor. D. Prestación S | Profesional Esp. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tema: Reunión coordinadora** | **PROCESO O ENTIDAD** | SSP Y SS | SSP y SS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE** | Olga H. Trujillo F. | Claudia Patricia Varón Ramírez |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |

