|  |
| --- |
| **Mesas Integrales de Trabajo** |
| **Acta Nº\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |
| **1-INFORMACIÓN GENERAL** |
| Centro Asistencial |  |
| Fecha y hora de reunión |  |
| Lugar de reunión |  |
|  |
| **2-PARTICIPANTES** |
| **Nombre y Apellido** | **Función** | **Medios de Contacto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **3-TEMAS DEL ORDEN DEL DÍA** |
| -Análisis de Resultados mensual de Objetivos Sanitarios  | Moderador: |
| -1. Población con Cobertura Efectiva Básica |
| -2. Trazadoras |
| -3. Evaluación y análisis de Rondas e Informes Socio Sanitarios. ASIS. Trabajo conjunto con APS. |
| -4- Otros temas tratados en el efector: |
| -Planes de acción (Actividades a realizar) | Responsable | Plazo |
| -1.  |  |  |
| -2. |  |  |
| -3. |  |  |
| -4- |  |  |
|  |
| -Aplicación de Fondos | Moderador: |
| 1. Prestaciones Facturadas: Monto y Detalle con evaluacion de reportes del sumar.
 |  |
| 1. UTILIZACION DE FONDOS Y COMUNICACIÓN CON AFICHES USO DE FONDOS
 |
|  |
|  |  |  |

FIRMA Y ACLARACION DE LOS INTEGRANTES: