|  |
| --- |
| **COMITÉ DE PROGRAMA DEL POSGRADO DE ALERGOLOGIA CLÍICA****ACTA # 120** |
| **Ordinario**  | X | **Extraordinario**  |  | **FECHA:** Diciembre 13 de 2017 |
| **ASISTENTES** |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** |
| Dr. Ricardo Cardona V. | Coordinador Programa |  |
| Dr. Jorge Mario Sánchez C. | Representante de los Profesores |  |
| Dra. Ana María Villa A.  | Representante de los Estudiantes  |  |
| **INVITADOS** |
| Víctor Daniel Calvo B | Investigador Grupo GACE |  |
| Ana María Restrepo  | Auxiliar Administrativa  |  |
| **DESARROLLO DE LOS TEMAS:** |

1. Asuntos docentes:
* El Doctor Ricardo informa que el día 12 de octubre se envió un comunicado oficial a la Coordinación de la IPS aclarando el tema de los insumos de investigación y otros temas. Se deja copia del comunicado
* En los próximos días se conocerán los resultados de la convocatoria pública para profesores
* Los docentes proponen hacer una reunión mensual para tratar temas del programa y de los residentes
1. Asuntos Residentes
	* Se aprueba la rotación por el servicio de alergología de los Doctores:
	* Ricardo Muñoz León, Médico Pediatra de la Unidad de Alergia, Asma e Inmunología del Instituto del Niño (Lima-Perú) para los meses de marzo y abril de 2018; y
	* Alejandro Fandiño Reyes, de la Universidad Pontificia Javeriana - Bogotá en los meses de agosto y septiembre de 2018
* A partir del próximo semestre todos los residentes de tercer año deberán hacer la rotación por toxicología y alergología en el Hospital Pablo Tobón Uribe.
* Los residentes deben traer constancias de las incapacidades y solicitar los permisos con antelación. Se debe diligenciar planilla para llevar registro de los permisos solicitados.
* Se realizará la autoevalución y heteroevalución de los residentes en enero
1. Asuntos Varios
* Es prioritario terminar el informe para el registro calificado del programa. antes del 15 de diciembre
* El primer sábado de febrero tendremos la visita para la certificación como Centro de Excelencia en Urticaria, se debe tener disponibilidad de ese día para asistir a la reunión.

|  |
| --- |
| **COMPROMISOS DE LA REUNION** |
| **#** | **ASUNTO** | **RESPONSABLE** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **CUMPLIDO****SI /NO** |
|  |  |  |  |  |
| **Fecha de la próxima reunión:**  | Febrero 8 de 2018  |
| **Acta elaborada por:**  | **Nombre:** Auxiliar Administrativa  | **Firma:**  |