|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMITÉ DE PROGRAMA DEL POSGRADO DE ALERGOLOGIA CLÍNICA**  **ACTA # 128** | | | | | | |
| **Ordinario** | X | **Extraordinario** | |  | **FECHA:** Febrero 7 de 2019 | |
| **ASISTENTES** | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | **CARGO** | | | **FIRMA** |
| Dr. Ricardo Cardona V. | | | Coordinador Programa | | |  |
| Luis Carlos Santamaría. | | | Representante de los Estudiantes (E) | | |  |
| Ruth Helena Ramírez G. | | | Representante de los Profesores | | |  |
| **INVITADOS** | | | | | | |
| Víctor Daniel Calvo B. | | | Investigador Grupo GACE | | |  |
| Ana María Restrepo | | | Auxiliar Administrativa | | |  |
| Manuela Tejada Giraldo | | | Investigadora Grupo GACE | | |  |
| Docentes y Residentes del Programa de Alergología Clínica I, II y III año | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DESARROLLO DE LOS TEMAS:** |

Comité de Programa ampliado, se invita a todos los docentes y residentes del Programa, el Doctor Ricardo Cardona, explica la finalidad de este comité.

1. Asuntos docentes:
   * Bienvenida a las doctoras Iris Yansá Caselblanco y Catalina María Gómez como docentes ocasionales medio tiempo
   * Organizar rotación de los residentes de pediatría
2. Asuntos Residentes

* El Comité de Programa autoriza a las doctoras Ana María Calle y July Andrea Ospina para asistir al curso: Anafilaxia y Desensibilización a fármacos, el cual se realizará en Punta Cana – República Dominicana del 14 al 16 de marzo de 2019.
* El Comité de Programa autoriza el cambio en el lugar de rotación del Hospital Pablo Tobón para San Vicente Fundación solicitado por las doctoras Susana Uribe y Yurlany Gutiérrez en el mes de abril.

1. Asuntos GACE
   * Abierta la convocatoria para la medición de grupos por Colciencias, plazo 28 de febrero
   * El grupo GACE participará en el Congreso Americano de Alergia, Asma e Inmunología con 3 trabajos
2. Asuntos Varios

* El 25 de febrero de 2019 se iniciará el proceso de Acreditación del programa

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPROMISOS DE LA REUNION** | | | | | | |
| **#** | **ASUNTO** | | **RESPONSABLE** | | **FECHA SEGUIMIENTO** | **CUMPLIDO**  **SI /NO** |
| 1 | Solicitar cambios en las rotaciones | | Auxiliar Administrativa | | Abril 4 de 2019 |  |
| **Fecha de la próxima reunión:** | | Abril 4 de 2019 | | | | |
| **Acta elaborada por:** | | **Nombre:** Asistente Administrativa | | **Firma:** | | |