|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMITÉ DE PROGRAMA DEL POSGRADO DE ALERGOLOGIA CLÍICA**  **ACTA # 121** | | | | | | |
| **Ordinario** | X | **Extraordinario** | |  | **FECHA:** Febrero 08 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 Carlos Chinchilla a partir de este mes de febrero inició con Consulta en la IPS los días miércoles, los demás días son académicos.
2. Asuntos Residentes

Se aprueba la rotación opcional de tres meses (3) del Doctor Julián Esteban Londoño de III año así:

* Rotación con la Universidad Militar Nueva Granada para el mes de **Mayo de 2018**
* Rotación con la Fundación Santa Fe para el mes de **Junio de 2018**
* Rotación con la Fundación Cardio Infantil para el mes de **Julio de 2018**

1. Asuntos GACE
   * El sábado 3 de febrero se recibió la visita por parte de Ucare para la certificación como centro de excelencia en Urticaria. Se recibe concepto favorable y el certificado
   * Del 02 al 05 de marzo de 2018 se realizará en Orlando – Florida el Congreso Americano de Alergia, Asma e Inmunología –AAAA/WAO, el grupo participará con un trabajo de investigación.
   * Se propone que a partir de éste año, el artículo de los trabajos de grado sean presentados en Inglés, esto con el fin de poder publicar en más revistas en este idioma. Todos los miembros del Comité aprueban la propuesta.
2. Asuntos Varios

* Por medio de los fondos del servicio, se adquirió una Impresora- Escáner
* Se tiene documentado el Documento Maestro para la renovación del registro calificado del programa, se enviará a todos los miembros del comité para revisión y sugerencias

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPROMISOS DE LA REUNION** | | | | | | |
| **#** | **ASUNTO** | | **RESPONSABLE** | | **FECHA SEGUIMIENTO** | **CUMPLIDO**  **SI /NO** |
| 1 |  | |  | |  |  |
| **Fecha de la próxima reunión:** | | Abril 12 de 2018 | | | | |
| **Acta elaborada por:** | | **Nombre:** Asistente Administrativa | | **Firma:** | | |