|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **­Introducción:** Iniciando la etapa de análisis y desarrollo del sistema de información. Se deben asignar tareas directas con el aprendiz encargado. | | | | | | | | | | |
| **Objetivo:** Identificar la totalidad de módulos y asignar responsables del diseño y funcionamiento total de cada uno. | | | | | | | | | | |
| **Nombre líder Responsable entrega funciones:** | | | | **Numero de celular** | | **Correo Electrónico** | | | | |
| WILMER PUPIALES CRUZ | | | |  | |  | | | | |
| **INTEGRANTES DEL CEAP:** | | | | **Numero de celular** | | **Correo Electrónico** | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
| **Nombre líder Responsable entrega funciones:** | | | | **Numero de celular** | | **Correo Electrónico** | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
| **Lugar Entrega del Acta:** | | | **Fecha** | **Hora inicio:** | | **Hora terminación:** | | | | |
| TIC´S CENTRO AGROPECUARIO | | |  |  | |  | | | | |
| NOMBRE DEL PROYECTO | | | | | | | | | | |
| SRC (SISTEMA DE REGISTRO DE CONTRATACION) | | | | | | | | | | |
| **Nombre del acta** | | ACTA DE RESPONSABILIDADES | | | | Acta N° | | 001 | | |
| **DIRECCIONAMIENTO DE FUNCIONES** | | | | | | | | | | |
| **N° DEL ACTA** | **RESPONSABLE DEL DISEÑO** | | **COMPROMISO DE DISEÑO** | | | | **Fechas de Entrega** | | **CUMPLE** | |
| SI | NO |
| Historia Clínica | Brian Gómez | | * Opción caja de texto: fecha(date), paciente(selección) ,especie, raza, edad, color, peso, genero, cedula, propietario, teléfono, correo, dirección, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, pulso, temperatura rectal, phc, químicas séricas, uroanalisis, caprologia, imagenoloogia, patologías, citologías, rsepaje koh y test diagnóstico. * Opciones de checkbox: piel anexos, ganglios linfáticos, aparato respiratorio, aparato reproductor, mucosa, plan sanitario, órganos de los sentidos, aparato neurológico, signos clínicos, examen muscoloesqueletico, aparato cardiovascular y aparato digestivo. * Opción cada textarea: Motivos de Consulta y Antecedentes, diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo y tratamiento. * Opción de (Botones) guardar, consultar. * Valida que la información sea obligatoria o no(alertas). | | | |  | |  |  |
| Filtro de la Historia Clínica | Brian Gómez | | * Opción caja de texto: número de identificación, paciente(sele)fecha historia clínica(selección) * Opción de (Botones) Buscar propietario y Buscar historia | | | |  | |  |  |
| Ayuda | Brian Gómez | | * Opción de (Botones) Descargar. * Valida el procedimiento que tomen (alertas) | | | |  | |  |  |
| **Observaciones del líder Responsable** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Observaciones del líder de Ceap** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| FIRMAS | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **WILMER PUPIALES CRUZ** | | | | | **EDGAR MAURICIO BURBANO ROBLES** | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **ALEX FERNANDO VELASCO OBANDO** | | | | | **ESTEBAN CAMILO OMEN JIMENEZ** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **LÍDER RESPONSABLE WILMER JAVIER PEÑA CAPOTE** | | | | | | | | | | |