



CO-SC-CERS77825



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MUNICIPAL SIGEM

FORMATO REGISTRO DE ACTA DE REUNION O EVENTO



Dependencia: Secretaria de Salud	Nombre Reunión o Evento: EMC Secretaria de Salud	
Fecha: 13 de febrero de 2023 Reunión No.: 1	Lugar: Secretaria de Salud	Hora Inicio: 4: 00 p.m. Hora Fin: 5: 00 p.m.

Orden del día y desarrollo de la reunión:

1. Indicadores Plan de Acción y Plan de Desarrollo cierre 2022
2. Planeación Jornada de Salud Visual
3. Definición de las Supervisiones
4. Definición de Cronograma Secretaria de Salud
5. Recertificación en Salud
6. Propositiones y varios

Desarrollo de la Reunión

1. SOCIALIZACIÓN INDICADORES PAS Y PLAN DESARROLLO

La líder de programa Michely Zuluaga realiza socialización del informe de cumplimiento del Plan de Acción de la Secretaría de Salud a cierre de 2022 presentando un cumplimiento del 99.71% lo cual es bastante satisfactorio y un cumplimiento del 74.85% en el plan de desarrollo 2020-2023 lo cual es acorde al tiempo de la vigencia actual.

La secretaria de salud informa que todas las metas se cumplieron como estaba programado y agradece el compromiso de los compañeros que apoyaron la ejecución.

Avance físico Secretaría

≡



Revisó: Gestor del proceso

Aprobó: Líder del proceso

Proceso: CCG

Código: 226

Versión: 11

Fecha: 07 de junio de 2022

Página: 1 de 4



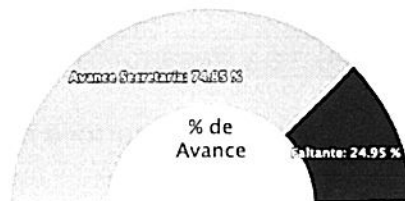
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MUNICIPAL SIGEM

FORMATO REGISTRO DE ACTA DE REUNION O
EVENTO



Cumplimiento Plan de Acción 2022

Avance físico Secretaría



Cumplimiento Plan de Desarrollo Corte 2022

2. Se inicia como se planeará la jornada de salud visual para el día sábado 4 de marzo de 2023, NATALIA OSORIO dice que es muy importante que todos estemos capacitados para poder conocer cómo se realizan los tamizajes y así explicar a los profesores que no entiendan. Se propone que los docentes vengan por los formatos entre jueves 16 al 18 de febrero de 2023, y a partir del lunes 27 recibir la información para organizarla. Sebastián Caro informa que se realizó in link por internet donde los profesores pueden hacer los tamizajes, esto con el fin de agilizar y facilitar el trabajo, sin embargo los profesores que no puedan realizarlo por internet se les facilitara los formatos físicos. Se informa que todo el equipo de trabajo debe de apoyar esta jornada de salud visual.
3. Definición de las supervisiones
 - Vigilancia epidemiológica Michely
 - Gesis: Natalia
 - Promoción y Vigilancia: Natalia
 - Participación, y los tres Psicólogos: Michely
 - Trabajadores informales y descontaminación del Ruido Natalia
 - Aseguramiento: Natalia
 - PIC Salud Publica Michely
4. Definición de cronogramas: Se informa a todos los contratistas que deben de mantener bien organizado el cronograma y se le pide el favor a Juan Carlos Oviedo que nos apoye con el proceso

Revisó: Gestor del proceso

Aprobó: Líder del proceso

Proceso: CCG

Código: 226

Versión: 11

Fecha: 07 de junio de 2022

Página: 2 de 4



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MUNICIPAL SIGEM

FORMATO REGISTRO DE ACTA DE REUNION O
EVENTO



5. Recertificación en Salud: La Auxiliar Administrativa enviara planilla de recertificación a todo el equipo de trabajo para que todos la revisen e inicien recogiendo evidencias.

6. PROPOSICIONES Y VARIOS

La líder de programa socializa el nuevo formato de ficha técnica para la observación de animales agresores potencialmente transmisores de rabia en caso de presentarse un accidente rábico, esto a razón de las nuevas competencias adquiridas como municipio al pasar de categoría 4 a categoría 3 para la vigencia 2023. Informa que el formato se adopta del Instituto Nacional de Salud. Finalmente es aprobado por todos los miembros del EMC.

La Secretaria de Salud Paola Guzmán informa que debido a la nueva categoría del municipio nos toca ya asumir los informes que antes realizaba la Seccional de Salud de Antioquia y este primer semestre será de capacitación.

Relación de Tareas y Compromisos

Tarea o compromiso	Responsable	Plazo
Planilla de recertificación en salud	Auxiliar Administrativa Secretaria de Salud	30 de febrero de 2023
Jornada de Salud Visual	Equipo de trabajo de la Secretaria de Salud	4 de marzo de 2023
Cronograma	Juan Carlos Oviedo	30 de febrero de 2023

Marinilla, 20 de febrero de 2023

LUZ AMPARO SOTO JARAMILLO
Auxiliar Administrativa

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MUNICIPAL - SIGEM		
	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS		

FECHA DE LA ENCUESTA: _____

TEMÁTICA ABORDADA: _____

PROFESIONAL QUE DESARROLLA LA ACTIVIDAD: _____

LUGAR: _____

Apreciado usuario: Para la Administración Municipal y la Secretaria de Salud es muy importante conocer su nivel de satisfacción; por lo tanto, le solicitamos el favor de contribuir a nuestra medición respondiendo de una manera objetiva a cada una de las preguntas formuladas a continuación:

Calificar de 1 a 5, marcando con una X el valor correspondiente, de acuerdo al grado de satisfacción con la actividad; siendo 1 la calificación más baja y 5 la más alta. Al final puede hacer recomendaciones.

Basado en el servicio que le acaban de prestar, califique con una X su nivel de satisfacción con respecto a:	1	2	3	4	5
1. El expositor evidencia preparación y dominio de los temas tratados					
2. Los objetivos de la capacitación fueron claros					
3. La temática fue relevante y útil					
4. Los materiales utilizados fueron acertados y suficientes					
5. Se cumplió con el horario programado					
6. La temática abordada fue relevante y útil					

Observaciones y sugerencias:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD <small>Ministerio de la Protección Social República de Colombia</small>	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 Ciudad de Medellín <small>Alcaldía Municipal</small>																							
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD																							
		T.I. CC RC N°																							
DIRECCION DE RESIDENCIA		TELEFONO																							
LUGAR DE ATENCION DEL PACIENTE		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE AGRESION</th> <th colspan="3">FECHA DE CONSULTA</th> </tr> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> </table>	FECHA DE AGRESION			FECHA DE CONSULTA			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO											
FECHA DE AGRESION			FECHA DE CONSULTA																						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO																				
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD																							
		T.I. CC RC N°																							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION DE RESIDENCIA																							
TELEFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO/ VEREDA																							
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																									
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR		ESPECIE																							
		RAZA																							
		COLOR																							
		EDAD																							
SEXO		VACUNADO																							
MACHO HEMBRA		FECHA DE VACUNACION																							
SI NO		SEÑAS PARTICULARES																							
DESCONOCIDO		DIA MES AÑO																							
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACION																									
SIGNOS	VISITA	SIGNOS																							
	1 2 3																								
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCION																							
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACION DEL LADRIDO (RONCO)																							
PELO ERIZADO		CONVULSIONES																							
HUIDIZO		INCORDINACION EN LOS MOVIMIENTOS																							
EXCITACION		PARALISIS DE LAS EXTREMIDADES																							
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTIMULOS		ATORAMIENTO / MANDIBULA CAIDA																							
AGRESIVIDAD		NINGUNO																							
SIALORREA		OTRO *																							
* ¿CUAL?																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA	DIA	MES	AÑO															
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA																					
DIA	MES	AÑO																							
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACION	SANO	ENFERMO	MUERTO	PRESENTO SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON RABIA	SI	NO																			
OTRAS OBSERVACIONES																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th rowspan="2">NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA	DIA	MES	AÑO	NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA														
FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA	DIA	MES	AÑO	NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA																					



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MUNICIPAL - SIGEM

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA A CONSEJOS, COMITES Y OTRAS REUNIONES MIXTAS



Ciudad de
Marinilla

FECHA: 13/02/2023

LUGAR: Secretaría de Salud

NOMBRE DE REUNION CONSEJO O COMITE: EHC

RESPONSABLES:

HORA INICIO: 4:00 pm

HORA FIN: 5:00 pm

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD	OFICINA/DEPENDENCIA O SECRETARIA	TEL/CEL	FIRMA
Paola Guzman Guerrero	45-539-213	Sec. Salud	3111131739	<i>Paola Guzman</i>
Kevin Ciro R.	1037073472	Sec. Salud	3146822425	<i>Kevin Ciro</i>
Nancy Luz Henao C	21462943	Sec. Salud	3124394880	<i>Nancy Luz Henao</i>
Veronica Aristizabal A.	10379447354	Sec. Salud	3005943151	<i>Veronica A.</i>
Juan Sebastian Caro Ramirez	104510959	Sec. Salud	3007094260	<i>Juan Sebastian Caro</i>
Ubely Ramirez G.	21481438	Sec. Salud	3233255044	<i>Ubely Ramirez</i>
Angela Amaya Florez	1086958875	Sec. Salud	3226857477	<i>Angela</i>
Diego Mauricio Zapata	70909240	Sec. Salud	3007683480	<i>Diego M.</i>
Maribel Estela Valencia	43795059	Sec. Salud	3013142271	<i>Maribel E.</i>
Diana Patricia Zuluaga	43469334	Sec. Salud	3105324465	<i>Diana P.</i>
Juan Carlos Cordero Ramirez	1038410291	Sec. Salud	3187463521	<i>Juan Carlos C.</i>
Leonardo Abono Ruiz Vayo	71755047	Sec. Salud	3185100336	<i>Leonardo A.</i>
Luz Amparo Soto Perdomo	43795126	S. Salud	5484410877	<i>Luz Amparo S.</i>
Luz Natalia Osorio Aristizabal	21482872	S. Salud	3113079419	<i>Luz Natalia O.</i>
Micholy Zuluaga Duque	1036411708	S. Salud	3106667228	<i>Micholy Z.</i>

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, la Alcaldía de Marinilla, Antioquia, informa que siendo responsable y encargada del tratamiento de los datos personales de los usuarios del municipio, estos serán utilizados únicamente en el desarrollo de sus funciones propias por ley, y no se compartirán con nadie para usos diferentes.

Revisó: Gestor del proceso

Aprobó: Líder del proceso

Proceso: PDM

Código: 563

Versión: 9

Fecha: 14 de julio de 2021

Página: de



Modelo integrado
de planeación
y gestión