Objetivo[1]: ___Realizar acompañamiento a equipos de vacunación en operación barrido casa a casa localidad de Puente Aranda barrios Camelia y Galan

DATOS DEL ORGANIZADOR DE LA REUNIÓN

Entidad/Proceso: _____Secretaria Distrital de Salud- Subred sur Occidente

Nombre: Gina Herrera-Luisa Medina_____Teléfono: 3103030994-3103504309___Correo electrónico: _gpherrera@saludcapital.gov.co___

Lugar de la reunión: _Barrios Camelia y Galán

Fecha: __06-05-2023_____ Hora de inicio: __7:00 am___Hora de Finalización: 4:00 pm_____

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS [2]

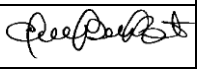
Se realiza acompañamiento a 3 equipos de vacunación en los barrios Camelia y Galan realizando la operación barrido casa a casa con el fin de identificar suceptibles de vacunación durante la jornada

KENNEDY						
3 PENTA	TV AÑO	TV 18 MESES	DPT 5 AÑOS	VPH	GESTANTES	OTRAS VACUNAS
0	0	27	4	13	1	24
BOSA						
0	1	5	5	13	1	37
FONTIBON						
0	0	8	0	4	1	4
PUENTE ARANDA						
0	1	8	1	2	1	3

COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
No aplica		

DATOS DEL ASISTENTE (s) A LA REUNIÓN (como representante de la SDS)

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA/PROCESO	FIRMA
Claudia Patricia Beltran Beltran	Profesional transmisibles	Vigilancia en Salud Publica	

[1] El presente formato aplica únicamente donde el proceso no sea el organizador o no se pueda contar con el acta.
[2] Se podrán incluir las filas que se requieran en cualquiera de los items del documento.