Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred __x__ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)

_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO __x_		NÚMERO DE ACTA: 1
FECHA: 16-05-24	LUGAR: Jardín Estrellitas de colores	HORA INICIO: 8:30 Am
RESPONSABLE: Fanny Pelaez		HORA FINAL: 2:30 pm.

OBJETIVO DE LA REUNION

Realizar jornada de vacunación en la institución educativa Jardín Estrellitas de Colores

_____

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Saludo
2.	Verificación de carnet de vacunas
3.	Verificación de consentimientos
4.	Vacunación
5.	Cierre actividad

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

Se da inicio a la jornada de vacunación en la institución HI Estrellitas de colores donde asisten las vacunadoras Fanny Pelaez.

Se realiza verificación de carnet de vacunas identificando los siguientes datos

No. TOTAL DE POBLACION CENSADA	84

Total gestantes encontradas	0
No. Niños de 6 a 11 meses con terceras dosis antes de visita	0
No. Niños de 1 año con esquema completo antes de visita	8
No. Niños de 2 a 4 años con esquema completo antes de visita	70
34. No. Niños de 5 años con esquema completo antes de visita	0

TOTAL NIÑOS < 5 AÑOS ENCONTRADOS	
0 - 5 Meses	0
6 - 11 Meses	
1 Año	10
2 a 4 Años	74
De 5 años	0

Se verifica consentimientos informados y se procede a vacunar a los menores relacionando los siguientes datos:

No. POBLACIÓN EFECTIVA EN LA INSTITUCIÓN	

Total gestantes vacunada durante la jornada	0
No. Niños de 6 a 11 meses con terceras dosis después de la visita	0
No. Niños de 1 año con esquema completo después de la visita	10
No. Niños de 2 a 4 años con esquema completo después de la visita	72.
34. No. Niños de 5 años con esquema completo después de la visita	0

TOTAL NIÑOS < 5 AÑOS VACUNADOS DURANTE LA JORNADA	
0 - 5 Meses	0
6 - 11 Meses	0
1 Año	2
2 a 4 Años	6
De 5 años	0

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

FECHA: 16-05-24	TEMA: Jornada de Vacunación

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Valentina Valencia J.	1032498825	HI Estrellitas de Colores	Psicosocial		
2	Claudia Horta	52769094	HI Estrellitas de colores	Coordinadora		
3	Victoria Ojeda	39.665792	Estrellitas de Colores	Acompañ ED		
4	Rocío Jiménez	39.625286	HI Estrellitas de colores	Ag. Educativ		
5	Nayibe Bohorquez P.	52.526099	H.I. Estrellitas de Colores	Agente Educativa		
6	Angelly Castañeda S.	1.022.418.794.	HI Estrellitas de Colores	Agente Educativa		
7	Helen Jhoana Perdomo	1030610731	HI estrellitos de colores	Auxiliar Pedagogica		
8	Fanny Romero R.	39662358	Estrellita colores			
9	Cecilia Angel M	52.804.500	Estrellitas de colores	Alimentos Manipulados		
10	Jhoana Ayala	1007576978	HI Estrellitas de Colors	Manipuladora Inventa		
11	Lorena Castro	1013106661	HI Estrellitas de Colores	Auxiliar Pedagogica		
12	Fanny Relaez	46644514	U.S.S. Kennedy	Aux. Enfermería	Q Pais	
13						
14						
15						
16						
17						
18						

DESARROLLO

Con respecto al total de población encontrada en la institución no se vacunaron _____ usuarios debido a que presentan las siguientes eventualidades:

MOTIVO NO VACUNACION	Cantidad
Hospitalización	0
Con esquema al día	82
No autoriza padre o cuidador	1
Desconocimiento de la jornada	0
Custodia icbf	0
Orden medica	0
Vacunado por pediatra	0
Intervalo de vacunación	0
Otros	0

Observaciones del cuadro anterior: _____

Del total de alumnos no vacunados o sin soporte se remiten a _____ _____ para completar esquema de vacunas.

Se realiza socialización de actividad con el delegado y/o representante de la institución _____ Claudia Horta. quien firma el presente soporte en constancia de lo mismo una vez finalizada la jornada.

Se da por terminada la intervención en la institución educativa.