

 ALCALDÍA DE FLORENCIA NIT 800 095 720-2	CÓDIGO M1.F06	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ ACTA DE CONSTANCIA DE ACTIVIDADES EN EL SECTOR SALUD	FECHA DE EMISIÓN 21/11/2017
	VERSIÓN 1.0		FECHA DE ACTUALIZACIÓN
			PÁGINA: 1 de 1

FECHA: 08-08-24

LUGAR: Clinica Gloria Pinzón

ÁREA: URBANA ☒ X RURAL ☐

NOMBRE DEL PROYECTO:

Prevención, Promoción y control de las Enfermedades
Transmitidas por Vectores en el Municipio Florencia

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EJECUTADA:

Visita a establecimiento con factor de riesgo.

OBSERVACIONES:

se realizó inspección a depósitos de agua del esta-
blecimiento Clínica Gloria Pinzón, en el marco de la alerta
por fiebre amarilla y brote de dengue. se anexa formato Acta
de visita diligenciado.

No. DE BENEFICIARIOS: 80 aprox

DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD: 1 Hora

EL SUSCRITO: Gloria Inés Gaviria

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 41930862 DE Armenia

CERTIFICA QUE LA ACTIVIDAD ANTERIORMENTE DETALLADA SE REALIZÓ A SATISFACCIÓN.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD:

CARGO: Subgerente Asistencial Celular No. 3123054762

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Dorothy Velásquez Posas

CARGO: Técnica en EV

 ALCALDÍA DE FLORENCIA SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO E1.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA VISITA ESTABLECIMIENTO CON FACTORES DE RIESGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 1 de 3

ACTA No. 02

CIUDAD	FLORENCIA	FECHA	21-08-24	HORA	10:30 AM
Asunto:					

ASISTENTES	
NOMBRE	CARGOS
Orlay Artunduaga Ortiz	Docente
Dorelith Velásquez Rosas	Técnica en ETU.

AUSENTES	
NOMBRE	CARGO

INVITADOS	
NOMBRE	CARGO

ORDEN DEL DÍA	
1	PRESENTACION DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
2	INSPECCION A DEPOSITOS DE AGUA
3	OSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECIMIENTO VISITADO: IER - Nueva Jerusalén	
FECHA: 21-08-24	TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Educativo.
NIT: 12265267 -	REPRESENTANTE LEGAL: Orbilio Galeano
TELEFONO: 301558088	DIRECCION: Vereda La Nueva Jerusalén.

OBJETIVO DE LA VISITA: REALIZAR INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A ESTABLECIMIENTOS CON FACTORES DE RIESGO, FRENTE A LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.

1. Vigilancia entomológica de campo (Visita Establecimiento Factor de Riesgo)

1.1 Servicio de Agua:

No tiene: () Diario ☒ Semanal () Quincenal () Mensual () Otro () _____

1.2 Descripción de Depósitos de Agua:

Tanques Altos: Plásticas con tapa.

Tanques Bajos: No tiene.

36

 ALCALDÍA DE FLORENCIA SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO E1.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA VISITA ESTABLECIMIENTO CON FACTORES DE RIESGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
			PÁGINA: 2 de 3

Almacenamiento Subterráneo: _____

Otros Cual? _____

1.3 Inspección de depósitos: (escribir cuantos)

Llantas () Canecas () Tarros () Botellas () Floreros () Canales desagüe ()
 Sumideros/Alcantarillas () Tanques Bajos () Tanques Altos (3) Huecos ()
 Pozos sépticos () Otros Cual? _____

Tanques subterráneos: _____

Canaletas: _____

Total Depósitos Positivos: _____ Total Depósitos Negativos: 3 Total Depósitos: 3

1.4 Vector: (marcar con una x)

Larvas estadios: I+II () III+ IV () Exuvias de larvas: Si () No (X) Pupas: Si () No (X)
 Exuvias de Pupas: Si () No (X) Adultos: NO

3. Métodos de control del vector:

Realiza algún tipo de control: Si () No (X)

Fumigación () Última fecha de fumigación que realizó: _____

Veneno utilizado: _____ Otro Cual: _____

La secretaria de salud municipal o departamental ha realizado algún tipo de actividad de Prevención,
 Promoción y/o control: Si () No (X)

Cual: _____

Tiempo de la última intervención: _____

Cuenta con protocolo de lavado de Tanques: Si () No (X)

Cada cuanto se realiza el lavado a los depósitos de Agua: altos c/ 6 meses

OBSERVACIONES: Sin evidencia del vector *Aedes Aegypti* al momento de la visita.

 ALCALDÍA DE FLORENCIA SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO E1.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA VISITA ESTABLECIMIENTO CON FACTORES DE RIESGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 3 de 3

CONCLUSIONES

No se evidenció presencia Vectorial en fase larval al momento de la visita al establecimiento.

DESCRIPCIÓN DEL COMPROMISO	COMPROMISOS RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Mantener el establecimiento libre de la presencia de vectores.	la Dirección del establecimiento.	Permanente.

LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA

Se procede a la lectura del acta y ésta, es aprobada por unanimidad de los asistentes.

Y no quedando más asuntos a tratar, se levanta la sesión siendo las 11:00 am.

Para Constancia firman:

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA

Orlay Arundagua O.

Dorethy Velazquez Rosas.



Anexos: Caracterización: edad: 42 años - masculino - docente.

 ALCALDÍA DE FLORENCIA TEL: 800 095 729-2	CÓDIGO M1.F06	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 21/11/2017
	VERSIÓN 1.0	ACTA DE CONSTANCIA DE ACTIVIDADES EN EL SECTOR SALUD	FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 1 de 1

Establecimiento

FECHA: 21-08-24 LUGAR: IER - La Nueva Jerusalén.

ÁREA URBANA ☐ RURAL ☒

NOMBRE DEL PROYECTO:

Prevención, Promoción y control de las enfermedades Trans-
mitidas por vectores en el municipio Florencia.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EJECUTADA:

Visita a establecimiento con Factor de Riesgo.

OBSERVACIONES:

Se realizó inspección a los depósitos de agua de la Ins-
titución educativa Rural La Nueva Jerusalén. con-
forme a cronograma de la SSM. Se anexa formato de
Acta de visita debidamente diligenciado.

No. DE BENEFICIARIOS: 93 DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD: 30'

EL SUSCRITO: Orlay Artunduaga Ortiz

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 12265267 DE Pitalito

CERTIFICA QUE LA ACTIVIDAD ANTERIORMENTE DETALLADA SE REALIZÓ A SATISFACCIÓN.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD: 

CARGO: Docente Celular No. 302558088

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Dorelita Velásquez Rosas

CARGO: Técnica en ETV- SSM.

 ALCALDÍA DE FLORENCIA SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO E1.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA VISITA ESTABLECIMIENTO CON FACTORES DE RIESGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
			PÁGINA: 1 de 3

ACTA No. 03

CIUDAD	FLORENCIA	FECHA	26-08-24	HORA	7:00AM
--------	-----------	-------	----------	------	--------

Asunto:

ASISTENTES

NOMBRE	CARGOS
Laura MA Clavijo Sierra	Docente Química
Dorethy Velázquez Rosas	Técnica Ten ETV.

AUSENTES

NOMBRE	CARGO
--------	-------

INVITADOS

NOMBRE	CARGO
--------	-------

ORDEN DEL DIA

1	PRESENTACION DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
2	INSPECCION A DEPOSITOS DE AGUA
3	OSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DESARROLLO

ESTABLECIMIENTO VISITADO: <u>te Juan Bautista Nigani.</u>	
FECHA: <u>26-08-24</u>	TIPO DE ESTABLECIMIENTO: <u>Educativo.</u>
NIT: <u>80008556-1</u>	REPRESENTANTE LEGAL: <u>Ferney Ortiz M.</u>
TELEFONO: <u>3133948077</u>	DIRECCION: <u>011-14-15-71</u>

OBJETIVO DE LA VISITA: REALIZAR INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A ESTABLECIMIENTOS CON FACTORES DE RIESGO, FRENTE A LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.

1. Vigilancia entomológica de campo (Visita Establecimiento Factor de Riesgo)

1.1 Servicio de Agua:

No tiene: () Diario (☒) Semanal () Quincenal () Mensual () Otro () _____

1.2 Descripción de Depósitos de Agua:

Tanques Altos: Plasticos con tapa.

Tanques Bajos: No tiene.

 ALCALDÍA DE FLORENCIA SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO E1.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA VISITA ESTABLECIMIENTO CON FACTORES DE RIESGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 2 de 3

Almacenamiento Subterráneo: —

Otros Cual? —

1.3 Inspección de depósitos: (escribir cuantos)

Llantas () Canecas () Tarros () Botellas () Floreros () Canales desagüe ()
 Sumideros/Alcantarillas () Tanques Bajos () Tanques Altos (3) Huecos ()
 Pozos sépticos () Otros Cual? —
 Tanques subterráneos: —
 Canaletas: —

Total Depósitos Positivos: — Total Depósitos Negativos: 3 Total Depósitos: 3

1.4 Vector: (marcar con una x)

Larvas estadios: I+II () III+IV () Exuvias de larvas: Si () No (X) Pupas: Si () No (X)
 Exuvias de Pupas: Si () No (X) Adultos N/D

3. Métodos de control del vector:

Realiza algún tipo de control: Si () No (X)

Fumigación () Última fecha de fumigación que realizó: N/D

Veneno utilizado: N/D Otro Cual: N/D

La secretaria de salud municipal o departamental ha realizado algún tipo de actividad de Prevención, Promoción y/o control: Si () No (X)

Cual: —

Tiempo de la última intervención: —

Cuenta con protocolo de lavado de Tanques: Si () No (X)
 Cada cuanto se realiza el lavado a los depósitos de Agua: N/D

OBSERVACIONES: Sin evidencia de criaderos del vector.
Aedes Aegypti al momento de la visita

 ALCALDÍA DE FLORENCIA SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO E1.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA VISITA ESTABLECIMIENTO CON FACTORES DE RIESGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 3 de 3

CONCLUSIONES

Durante la inspección no se evidenció presencia vectorial - en el establecimiento para el momento de la visita se estaba realizando la conmemoración del día Internacional de Lucha contra el DENGUE en este lugar con participación del Programa ETV secretaria de salud Municipal.

COMPROMISOS

DESCRIPCIÓN DEL COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Mantener el establecimiento libre de la presencia de <u>vectores</u> .	<u>Coordinación del establecimiento</u> .	Permanente

LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA

Se procede a la lectura del acta y ésta, es aprobada por unanimidad de los asistentes.

Y no quedando más asuntos a tratar, se levanta la sesión siendo las 7:40 am.

Para Constancia firman:

NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
Laura mg Clavijo Sierra	 3133948077
Dorelita Velásquez Rosas	65.736.721. Ibaque

Anexos: Caracterización: Edad 43 años - femenina - Docente.

 ALCALDÍA DE FLORENCIA NIT 146.600.095.720-2	CÓDIGO M1.F06	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ ACTA DE CONSTANCIA DE ACTIVIDADES EN EL SECTOR SALUD	FECHA DE EMISIÓN 21/11/2017
	VERSIÓN 1.0		FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 1 de 1

FECHA: 26-08-24

LUGAR: IE Juan Bautista Nigani

ÁREA: URBANA ☒ RURAL ☐

NOMBRE DEL PROYECTO:

Prevención, Promoción y control de las enfermedades trans-
mitidas por vectores en el upio Florencia.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EJECUTADA:

Visita a establecimiento Factor de Riesgo.

OBSERVACIONES:

Se realizó inspección a depósitos de agua del esta-
blecimiento IE Juan Bautista Nigani. Sin hallaz-
gos vectoriales al momento de la visita. Se adjunta for-
mato debidamente diligenciado.

No. DE BENEFICIARIOS: 1200 est. DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD: 40'.

EL SUSCRITO: Laura María Clavijo Sierra

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 65736721 DE Ibague

CERTIFICA QUE LA ACTIVIDAD ANTERIORMENTE DETALLADA SE REALIZÓ A SATISFACCIÓN.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD: Laura María Clavijo

CARGO: Docente Química Celular No. 3133948037

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Dorelith Velázquez Rosas

CARGO: Técnica en ENV. SSR.

42
 visita a
 establecimiento

ACTIVIDAD No. 03
CASOS SIVIGILA

INFORMACION GENERAL DEL EVENTO					
Fecha Investigacion:		13-ago-24		Fecha Notificacion:	
Tipo Visita:	Busqueda	☐	F	Dengue Grave	☒
	Seguimiento	☒	M	Mortalidad por Dengue	☐
UPGD Notificadora:				Municipio Residencia Ultin	
				Florenia	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA					

INFORMACION DEL USUARIO					
YEIMY LORENA ALVIS JIMENEZ					
Nombres y apellidos:					
Edad:	13 AÑOS	Tipo y Numero de documento:	TI 1012393514	Etnia:	N/A
Aseguradora:	SANITAS	Tip Regimen:	C (S) - E - N - P - I	No. Telefono contacto:	N/A
No. Telefono Conyugue:	N/A	No. Telefono Padre/Madre:	3212179587		
No. Telefono Familiar mas cercano:	3212179587	e-mail:	N/A		
Direccion Residencia:	TORRE 21 APTO 505 URBANIZACION LA GLORIA				
Condicion:	Vivo X	Muerto	Fecha Defuncion:		
Causa Basica de Muerte:					

INFORMACION (Persona en la familia quien atiende la visita)			
CAROLINA JIMENEZ MARTINEZ			
Nombres y Apellidos:			
Edad:	48 AÑOS	Parentesco:	MADRE
		Telefono No. 1:	3212179587
		Telefono No.2:	

CONVIVIENTES DOMICILIARIOS				
No.	Nombre y Apellidos	Parentesco	Ocupacion	Etnia
1.	CAROLINA JIMENEZ	MAMA	ORIFIOS VARIOS	U
2.				
3.				
				Observaciones
				NINGUNA

4.							
5.							

CONTACTOS FRECUENTES						
No.	Nombre y Apellidos	Parentesco	Ocupacion	area (U - R)	Telefono	Observaciones (Lugar de re:
1.	CAROLINA JIMENEZ	MAMA	ORIFIOS VARIOS	U	3212179587	NINGUNA
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS Y LOCATIVAS									
Agua potable	SI X	NO	Electricidad	SI X	NO	Observaciones			
Gas	SI X	NO	Acueducto	SI X	NO				
basura	SI X	NO	Alcantarillado	SI X	NO				
Ocupacion:	ESTUDIANTE		Ingresos	< 1 SMLV	> 2 SMLV				
				> 1 SMLV	X > 3 SMLV				
¿Numero de personas en la residencia?	2								
¿Personas por habitacion en la residencia?	1								
¿Material de la residencia?	Madera	2	Material	3	> 4				
¿Residencia limite con afluentes hidricos?	SI			Otro:	Concreto				
¿Residencia limite con area boscosa?	SI				NO				
Presencia Humedad	SI		Adecuada ventilación	SI	NO				
¿Cuenta con alberca?	SI		¿Cada cuantos dias lavan la alberca?	3	4				
¿Presencia de larvas en la alberca?	SI		¿Que otros recipientes contenedores de agua se observo en la residencia						
¿Presencia de aedes en la residencia?	SI		Tarros	Llantas	Materas	Latas	balde		
¿Usa todillo?	SI		Otros:	NINGUNO					
¿Usa repelente?	SI								

Se observa vivienda con un ase
organizada, no presenta humeda,
zonas boscosas en la parte

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS																																																			
¿Fecha probable de la picadura del vector?		No sabe		¿Antecedentes de desplazamiento en los últimos 15 días a otros lugares?		SI																																													
¿Fecha probable inicio de síntomas?		6/08/2024		¿Dónde?		Corregimiento el cara																																													
¿Qué signos y síntomas presentes? (Descripción literal de lo que comenta el usuario)		<p style="text-align: center;">MIALGIAS, ARTRALGIAS Y FIEBRE</p> <table border="1"> <tr> <td>Cefalea</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td>Hipotensión</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> <td>Hipotermia</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> </tr> <tr> <td>Fiebre</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td>Hepatomegalia</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> <td>mucosas</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> </tr> <tr> <td>Dolor Retroocular</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td>Diarrea</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> <td>Extravasación severa de plasma</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> </tr> <tr> <td>Erupción o Rash</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td>Somnolencia</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> <td>Daño Grave de Organos</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> </tr> <tr> <td>Artralgias</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td>Caida Plaquetas</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> <td>Shock por Dengue</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> </tr> <tr> <td>Mialgias</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td>Acumulacion de Liquidos</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> <td>Hemorragias con compromiso hemodinamico</td> <td>SI ☐ NO ☒</td> </tr> <tr> <td>Dolor abdominal</td> <td>SI ☒ NO ☐</td> <td colspan="4">Otros:</td> </tr> </table>								Cefalea	SI ☒ NO ☐	Hipotensión	SI ☐ NO ☒	Hipotermia	SI ☐ NO ☒	Fiebre	SI ☒ NO ☐	Hepatomegalia	SI ☐ NO ☒	mucosas	SI ☐ NO ☒	Dolor Retroocular	SI ☒ NO ☐	Diarrea	SI ☐ NO ☒	Extravasación severa de plasma	SI ☐ NO ☒	Erupción o Rash	SI ☒ NO ☐	Somnolencia	SI ☐ NO ☒	Daño Grave de Organos	SI ☐ NO ☒	Artralgias	SI ☒ NO ☐	Caida Plaquetas	SI ☐ NO ☒	Shock por Dengue	SI ☐ NO ☒	Mialgias	SI ☒ NO ☐	Acumulacion de Liquidos	SI ☐ NO ☒	Hemorragias con compromiso hemodinamico	SI ☐ NO ☒	Dolor abdominal	SI ☒ NO ☐	Otros:			
Cefalea	SI ☒ NO ☐	Hipotensión	SI ☐ NO ☒	Hipotermia	SI ☐ NO ☒																																														
Fiebre	SI ☒ NO ☐	Hepatomegalia	SI ☐ NO ☒	mucosas	SI ☐ NO ☒																																														
Dolor Retroocular	SI ☒ NO ☐	Diarrea	SI ☐ NO ☒	Extravasación severa de plasma	SI ☐ NO ☒																																														
Erupción o Rash	SI ☒ NO ☐	Somnolencia	SI ☐ NO ☒	Daño Grave de Organos	SI ☐ NO ☒																																														
Artralgias	SI ☒ NO ☐	Caida Plaquetas	SI ☐ NO ☒	Shock por Dengue	SI ☐ NO ☒																																														
Mialgias	SI ☒ NO ☐	Acumulacion de Liquidos	SI ☐ NO ☒	Hemorragias con compromiso hemodinamico	SI ☐ NO ☒																																														
Dolor abdominal	SI ☒ NO ☐	Otros:																																																	
Atencion del Caso		Hospitalizado		¿Cuánto tiempo duró hospitalizado?		Paciente actualmen en el Hospital Mar																																													
		¿Recibió tratamiento?		¿Que tratamiento?		RECIBIO ATENCION MEDICA EN EL HOSPITAL MARIA INMACUAL RECIBE ATENCION EN CLINICA UROS DE LA CIUDAD DE FLORENC																																													

MAYERLY MONRROY LOPEZ

Persona que realiza la visita de Campo y CC.1118072505

CAROLINA JIMENEZ - VISITA REALIZADA VIA TELEFONICA

Persona quien atiende la visita