**ACTIVIDAD N°3: Desarrollar capacitación, asistencia técnica dirigida a las unidades primarias generadoras de datos y unidades informadoras del municipio en los protocolos de vigilancia en salud pública de los eventos a cargo. Mínimo 3 UPGD y 1 UI.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800 096 738-2 | CÓDIGO<br>E1.F01 | ALCALDÍA DE FLORENCIA,CAQUETÁ | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO ACTA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| | | | PAGINA:<br>de |

**ACTA_004_VISITA DE ASISTENCIA TÉCNICA PROGRAMA-VIGILANCIA TB - ITS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CIUDAD** | Florencia | **FECHA** | 06/08/2024 | **HORA INICIO** | 3:00 Pm |
| | | | | **HORA FINALIZACIÓN** | 5:00 Pm |

**NOMBRE INSTITUCIÓN: IPS FAMAC**

**ASISTENTES**

| NOMBRE | CARGO |
|---|---|
| JUAN SEBASTIAN CARDENAS SANCHEZ | AUX. ENFERMERIA |
| NIDIA EUGENIA RAMIREZ TOLEDO | ENFERMERA |
| KATHERINE PRIETO GALINDEZ | PROFESIONAL SSM |

**ORDEN DEL DÍA**

| | |
|---|---|
| 1 | Presentación de los asistentes a la reunión y objeto de esta. |
| 2 | Revisión manejo de programa TB y cumplimiento lineamiento vigente (Res. 227 de 2020). |
| 3 | Revisión de calidad del dato, ajustes pendientes de TB, LEPRA, VIH, HB, SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA. |
| 4 | Aplicación de instrumento de programa de TB establecido por el PNPCT |

**DESARROLLO**

| | |
|---|---|
| 1 | Se inicia la reunión de asistencia técnica mediante la presentación por parte de la profesional de la secretaria de Salud Municipal Katherine Prieto Galíndez y se explica el alcance: Asistencia técnica frente a los lineamientos vigentes del Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) y verificación de manejo de Protocolos de Vigilancia epidemiológica de Micobacterias e ITS. |
| 2 | • Se indaga sobre el manejo del programa y la aplicación de algoritmos estipulados en la resolución 227 de 2020<br>• Se hacer revisión de carpetas físicas y virtuales con información del programa, donde se evidencia orden y concordancia<br>• En el momento para el año 2024 tienen tres pacientes activos con tratamiento.<br>• Se verifico que en el drive tienen una carpeta con todos los lineamientos estipulados para el programa. |
| 3 | 1. Se revisan ajustes pendientes y calidad del dato de los eventos notificados a SIVIGILA para la presente vigencia:<br><br>**TUBERCULOSIS:** 1 ajuste pendiente, pero está notificado por HDMI, se envía correo solicitando el respectivo ajuste. ANA BERTILDA MURCIA DE OTALVARO CC 26627932<br><br>**VIH:** No se tienen ajustes pendientes<br><br>**HEPATITIS B, C, COINFECCIÓN DELTA:** No se tienen ajustes pendientes<br><br>**SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA:** No se tienen ajustes pendientes |

| | |
|---|---|
| 4 | Se procede a la aplicación del Instrumento de programa TB según formato establecido por el PNPCT con el fin de verificar manejo de programa y pacientes en tratamiento, se realiza la valoración de cada uno de los componentes del programa y se establecen compromisos y/o recomendaciones según criterios de No Cumplimiento o Cumplimiento Parcial, los componentes evaluados son:<br><br>I. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA<br>II. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA<br>III. CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS<br>IV. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INTEGRAL AL USUARIO<br>V. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y QUIMIOPROFILAXIS<br>VI. ACCIONES COLABORATIVAS TB/VIH Y TB/CRÓNICOS<br>VII. TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE<br>VIII. CONTROL DE INFECCIONES<br>- Medidas de control administrativas<br>- Medidas de control ambiental<br>- Medidas de Protección Respiratoria<br>IX. ENFOQUE ENGAGE TB<br>X. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES PROGRAMÁTICOS. |

**COMPROMISOS / OBSERVACIONES**

- Enviar informes correspondientes al programa de Tuberculosis los primeros cinco días de cada mes. mensual
- Compromisos por programa de tuberculosis en formato de instrumento aplicado adjunto.

**LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA**

Se procede a elaboración del acta y socialización de compromisos, se da cierre a la reunión siendo las: 5:00 pm

**ANEXO:** Registro fotográfico, listado de asistencia.



| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F02 | ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETA | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN<br>PÁGINA:<br>1 de 1 |

CIUDAD, FECHA: Florencia, 6 Agosto 2024 HORA: 3:00pm LUGAR: Famac.

ASUNTO: Visita AT. y seguimiento a programa Micobacterias e ITS HOJA _____ de _____

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | ENTIDAD y/o DEPENDENCIA | CARGO | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Ivan S. Cardenas S. | Famac LTDA | Aux. Programas | 3107938444 | sivigilafamacltda@gmail.com | |
| 2 | Nidia Eg Ramirez | FAMAC LTDA | Coord. Programas | 3124352625 | — | |
| 3 | Katherine Prieto S | Vigilancia SSM | Profesional de Apoyo | 3136852286 | Katherine Prieto S | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |

| ALCALDÍA DE FLORENCIA. NIT No. 800.095.738-2 | CÓDIGO E1.F01 | ALCALDÍA DE FLORENCIA,CAQUETÁ | FECHA DE EMISIÓN 23/12/2014 |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN 1.0 | FORMATO ACTA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| | | | PAGINA: de |

## ACTA 005 VISITA DE ASISTENCIA TÉCNICA TB, LEPRA – VIGILANCIA ITS

| CIUDAD | Florencia | FECHA | 08/08/2024 | HORA INICIO | 3:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | HORA FINALIZACIÓN | 5:00 pm |

**NOMBRE INSTITUCIÓN: CEDIM IPS**

**ASISTENTES**

| NOMBRE | CARGO |
|---|---|
| JIMBERLY SAPUY | COORDINADORA DE ENFERMERÍA |
| YURY VANESSA RAMIREZ | COORDINADORA ADMINISTRATIVA |
| KATHERINE PRIETO GALINDEZ | PROFESIONAL TB – ITS DE SSM |

**ORDEN DEL DÍA**

| | |
|---|---|
| 1 | Presentación de los asistentes a la reunión y objeto de esta. |
| 2 | Revisión de seguimiento a tratamiento pacientes TB y verificación de cumplimiento lineamiento vigente del programa Nacional de Tuberculosis - PNT: Res. 227/20 |
| 3 | Revisión calidad del dato y ajustes pendientes de TB e ITS. |

**DESARROLLO**

| | |
|---|---|
| 1 | Se inicia la reunión mediante la presentación por parte de la profesional de la secretaria de Salud Municipal Katherine Prieto Galíndez y se explica el alcance: asistencia técnica frente a los lineamientos vigentes del Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) y Vigilancia epidemiológica de los eventos de Micobacterias e ITS. |
| 2 | • Se realiza indagación del manejo para la notificación de eventos de interés en salud pública (Tuberculosis e Infecciones de transmisión sexual), se evidencia en el personal dominio en el manejo de la notificación de los eventos; se comparte el alcance la Resolución 227 de 2020 que rige el programa de Tuberculosis.<br>• Para la vigencia 2024 solo han notificado 4 casos de tuberculosis; todas tuberculosis Pulmonar: CC 1006511794, CC 17672762, CC 30662798, CC 17644379<br>• Por medio de correo electrónico notifican a la EAPB de los usuarios para asi generar enlace con la IPS primaria para garantizar el seguimiento al tratamiento.<br>• Tiene claro el diligenciamiento de la ficha de notificación 813 que corresponde al evento de Tuberculosis |
| 3 | • Se realiza verificación de ajustes pendiente para el evento de tuberculosis, donde se evidencia uno pendiente del usuario GUTIERREZ REYES CC. 30662798 quien cuenta con Baciloscopia positiva, pero inmediatamente se procede a realizarlo en la plataforma de SIVIGILA ajustando a confirmado por Laboratorio.<br>• Se realiza verificación de ajustes del evento VIH donde se evidencia pendiente ajuste de condición final y fecha de defunción del usuario CC.1117529028, se procede a enviar correo a Clínica Medilaser para solicitar la información necesaria para el respectivo ajuste.<br>• Se verifica demás eventos a cargo y no se encuentran ajustes a la calidad del dato pendientes por realizar. |

| OBSERVACIONES | |
|---|---|
| Ninguna. | |
| **COMPROMISOS** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Revisar lineamiento del programa de tuberculosis (Res. 227) y consultar en caso de dudas con persona a cargo de los eventos en SSM. | PERMANENTE |
| Realizar ajuste de VIH pendiente, cuando proporcionen la información necesaria para ello. | INMEDIATO |
| **LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA** | |
| Se procede a elaboración y socialización de compromisos, se da cierre a la reunión. | |

**ANEXO:** Registro fotográfico, listado de asistencia.



| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F02 | ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETA | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN<br><br>PÁGINA:<br>1 de 1 |

CIUDAD, FECHA: Florencia, 8 Agosto 2024 HORA: 3:00 pm. LUGAR: CEDIM

ASUNTO: Visita Asistencia Tecnica Microbicidas e ITS. HOJA _____ de _____

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | ENTIDAD y/o DEPENDENCIA | CARGO | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Yury Vanessa Ramirez B | Clinica Gloria Patria P. | Coord. Clinica GP | 3227748331 | sivigila@cedimips.com | |
| 2 | Jimberly Sapuy P. | Clinica Gloria Patria | Coord enfer. | 3214315804 | coorenfermena@cedimips.c | |
| 3 | Katherine Prieto G | SSM - VSP | Proy. Apoyo | 3186252286 | Katherine.prieto.gallego@gmail.co | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |

| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F02 | ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETA | | | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
|---|---|---|---|---|---|
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA | | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| | | | | | PÁGINA:<br>1 de 1 |
| | | | | | |
| CIUDAD, FECHA: | | | HORA: | LUGAR: | |
| ASUNTO: | | | | | HOJA _____ de _____ |
| | | | | | |

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | ENTIDAD y/o DEPENDENCIA | CARGO | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |

| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No: 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F01 | ALCALDÍA DE FLORENCIA,CAQUETÁ | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO ACTA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| | | | PÁGINA:<br>de |

## ACTA _006_ VISITA DE ASISTENCIA TÉCNICA TB, LEPRA – VIGILANCIA ITS

| CIUDAD | Florencia | FECHA | 09/08/2023 | HORA INICIO | 8:00 am |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | HORA FINALIZACIÓN | 12:00 m |

**NOMBRE INSTITUCIÓN: IPS SAN GABRIEL - UROCAQ**

**ASISTENTES**

| NOMBRE | CARGO |
|---|---|
| SHAIRA GISELA BRINCEÑO CUELLAR | ENFERMERA PROGRAMA TB |
| DIANA ESPINOSA ORTIZ | PROFESIONAL SSM |

**CORREO DE PROGRAMA TB:** tbcsg2023@gmail.com

**ORDEN DEL DÍA**

| | |
|---|---|
| 1 | Presentación de los asistentes a la reunión y objeto de la misma. |
| 2 | Revisión de seguimiento a tratamiento pacientes TB y cumplimiento lineamientos vigentes. |
| 3 | Revisión diligenciamiento de tarjetas de tratamiento, libros de programa, informes mensuales TB |
| 4 | Hallazgos y compromisos |

**DESARROLLO**

| | |
|---|---|
| 1 | Se inicia la reunión mediante la presentación por parte de la profesional de la secretaria de Salud Municipal Katherine Prieto Galíndez y se explica el alcance: asistencia técnica frente a los lineamientos vigentes del Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) y Vigilancia epidemiológica de Micobacterias e ITS. |
| 2 | Se lleva a cabo verificación de seguimiento a tratamiento de pacientes TB 2023-2024:<br>• Se evidencia que para la vigencia 2024 tienen 15 usuarios en el programa, de estos 1 ya termino tratamiento y esta pendiente de la toma de laboratorio para proceder a dar egreso del programa.<br>• No se esta realizando seguimiento bacteriológico (2-4-6mes) de los casos pulmonares con registro de baciloscopia o cultivo.<br>• No se está realizando la programación de Sintomáticos Respiratorios (SR), teniendo en cuenta el total de la consulta en mayores de 15 años por todas las causas por primera vez, y de allí se toma el 2,5% como meta anual con seguimiento trimestral.<br>• No se está Se realizando identificación de SR en personal de salud de manera periódica<br>• No se está realizando actividades de sensibilización en salas de espera frente a la prevención de la TB<br>• No se esta realizando todas las interconsultas con controles médicos, bacteriológicos, de enfermería, psicología, nutrición entre otros, acorde a lo establecido en el PNT |
| 3 | Se observan tarjetas de tratamiento y libros de programa con la información actualizada. |

4 Hallazgos y compromisos:

| COMPONENTE | HALLAZGO (No Ítem) | RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO |
|---|---|---|
| I. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DELPROGRAMA | | NINGUNA |
| II. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA | 2.9 | • ¿Se cuenta con registros de seguimiento bacteriológico (2-4-6mes) de los casospulmonares con registro de baciloscopia o cultivo? NO CUMPLE |
| III. CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS. | 3.4 | ¿El personal médico o de enfermería cuenta con una meta de captación de SR diaria mensual? CUMPLE PARCIALMENTE (no se cumple la meta mensual)<br><br>R. Se debe reforzar cumplimiento a meta de captación de sintomático respiratorio – SR establecida por la IPS (32 S.R mensual), con personal médico y asistencial, verificar criterios para definición programática de SR según Res. 227, capítulo 1.1 – 1.2. |
| IV. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INTEGRAL AL USUARIO | 4.12<br>4.15 | • ¿Se cuenta con controles médicos, bacteriológicos, de enfermería, psicología, nutrición entre otros, acorde a lo establecido en el PNT? CUMPLE PARCIALMENTE<br><br>R. Realizar según capítulo 7, tabla 19, de la Res. 227. Al inicio, bimestral y trimestral según sea el caso.<br><br>• ¿Se cumple con la administración de tratamiento directamente observado TDO? CUMPLE PARCIALMENTE<br>•<br>R. No se cuenta con soporte de seguimiento diario a cada paciente, se debe garantizar supervisión de la toma diaria del medicamento en cada uno de los casos. Si es TDO virtual, se debe contar con archivo por cada paciente. |
| V. PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS Y QUIMIOPROFILAXIS | 5.1<br>5.5<br>5.6 | • ¿Indague si la IPS aplica el algoritmo de TB Latente? Tamizaje clínico casos priorizados, si hay síntomas respiratorios descarta TB, si no hay síntomas, ¿aplica PPD si esta es positiva realiza Rx de tórax si es normal realiza quimioprofilaxis? NO CUMPLE<br><br>• ¿La IPS registra contactos de casos de TB diagnosticados y estos son canalizados acorde el aseguramiento? NO CUMPLE<br><br>R. Se debe realizar pruebas a toda población vulnerable y contactos de casos TB.<br><br>• ¿Se da tratamiento quimio profiláctico a los casos que cumplen con criterios tales como niños menores de 5 años contactos de BK (+), pacientes inmunosuprimidos (VIH, trasplantes, terapias biológicas, enfermedades autoinmunes u otros)? NO CUMPLE<br>R. Se debe realizar acorde a la norma, capítulo 5.2. |
| VI. ACCIONES COLABORATIVAS TB-VIH/ TB-CRONICOS | | NINGUNA |
| VII TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE | 7.7 | • ¿La IPS realiza seguimiento integral en nutrición, psicología, trabajo social a pacientes de TB FR? CUMPLE PARCIALMENTE<br><br>R. Realizar según capítulo 7, tabla 19, de la Res. 227. Al inicio, bimestral ytrimestral según sea el caso. |

| | | |
|---|---|---|
| VIII. CONTROL DE INFECCIONES | 8.1.1 | • ¿Se cuentan con folletos, afiches, relacionadas con medidas de higiene de tos, uso de tapabocas, e información sobre prevención de la TB? CUMPLE PARCIALMENTE<br>R. Implementar estrategias de IEC a casos y población general, Elaboración de folletos |
| IX. ENGAGE TB. | 9.1 | • ¿Se realiza actividades de sensibilización en salas de espera frente a la prevención de la TB? CUMPLE PARCIALMENTE<br>R. Socializar mediante carteleras y/o folletos. |
| X. MONITOREO Y EVALUACION DE INDICADORES PROGRAMATICOS. | | |

## OBSERVACIONES

| COMPROMISOS | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|
| Realizar controles de seguimiento a tratamiento según establece la norma: | INMEDIATO |

| | 1 mes | 2 mes | 3 mes | 4 mes | 5 mes | 6 mes | Observaciones | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | No requiere | X | Requiere |
| | X | | X | | X | X | Bimensual | x | Mensual |
| | | | | | | | Si es requerido | X | Trimestral |
| | X | X | X | X | X | X | Mensual | X | Mensual |
| | X | | | | | | Al inicio | X | Trimestral |
| | X | | | | | | Al inicio | X | Trimestral |
| | X | X | X | X | X | X | Diario | X | Diario |
| | | X | | X | | X | Bimensual | X | Mensual tase x<br>Bimensual continuación |
| | X | X | X | X | X | X | Mensual | X | Diario |
| | X | | | | | | Primer mes | X | Primer mes |
| | X | | | | | | Primer mes | X | Mensual |
| | X | | | | | | Primer mes | X | Mensual |
| | X | | | | | | Primer mes | X | Mensual |
| | X | | | | | | Primer mes | X | Mensual |
| | X | | | | | | Primer mes | X | Trimestral |
| | | | | | | | No requiere | X | Trimestral |
| | | | | | | | Segun consideracion | X | Trimestral |
| | | | | | | | No requiere | X | Mensual |
| | X | | | | | | Al inicio | X | Al inicio a los 1 al finalizar |
| | X | | | | | | Antes del inicio | X | Antes del inicio |
| | | | | | | | Segun consideracion | X | mensual |
| | X | | | | | | Al inicio | X | mensual |
| | | | | | | | Segun consideración | X | Una vez |

| | |
|---|---|
| Hacer revisión de cada uno de los hallazgos encontrados e ir enviando evidencia de las acciones a realizar | |
| **LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA** | |
| Se procede a elaboración y socialización de compromisos, se da cierre a la reunión. | |

**ANEXO:** Registro fotográfico, listado de asistencia.



| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F02 | ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETA | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| | | | PÁGINA:<br>1 de 1 |

CIUDAD, FECHA: Florencia, 9-08-2024 HORA: 8:00 LUGAR: Urocaa / San Gabriel

ASUNTO: Visita AT programa Micobacterias e ITS HOJA ____ de ____

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | ENTIDAD y/o DEPENDENCIA | CARGO | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Shaira Greda Barrero C. | Urocaa, IS | Enfermera Jefe | 3144806422 | Urocaa2023@gmail.com | Shaira |
| 2 | Katherine Prieto J | SSM - VSP | Prof. Apoyo | 3136852226 | Katherine.prieto.g@uh | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F01 | ALCALDÍA DE FLORENCIA,CAQUETÁ | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO ACTA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| | | | PÁGINA:<br>de |

**ACTA 007 VISITA DE ASISTENCIA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A PROGRAMA TB, LEPRA – VIGILANCIA ITS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CIUDAD** | Florencia | **FECHA** | 12/08/2024 | **HORA INICIO** | 3:30 pm |
| | | | | **HORA FINALIZACIÓN** | 6:00 pm |

**NOMBRE INSTITUCIÓN: SANIDAD POLICIA**

**ASISTENTES**

| NOMBRE | CARGO |
|---|---|
| JOSE DARIO RICO G | ENFERMERO PROGRAMA |
| KATHERINE PRIETO GALINDEZ | PROFESIONAL SSM |

**ORDEN DEL DÍA**

| | |
|---|---|
| 1 | Presentación de los asistentes a la reunión y objeto de la misma. |
| 2 | Revisión de seguimiento a tratamiento pacientes TB y cumplimiento lineamientos vigentes. |
| 3 | Revisión diligenciamiento de tarjetas de tratamiento, libros de programa, informes mensuales TB |
| 4 | Revisión calidad del dato y ajustes pendientes de TB, LEPRA |

**DESARROLLO**

| | |
|---|---|
| 1 | Se inicia la reunión mediante la presentación por parte de la profesional de la secretaria de Salud Municipal Katherine Prieto Galíndez y se explica el alcance: asistencia técnica frente a los lineamientos vigentes del Programa Nacional de Tuberculosis (PNT), seguimiento a compromisos adquiridos y revisión de Vigilancia epidemiológica de Micobacterias e ITS. |
| 2 | • Se lleva a cabo verificación de pacientes con seguimiento a tratamiento para TB:<br>• A la fecha y en la presente vigencia la Institución cuenta con un caso de TB notificado al SIVIGILA, pero quien esta egresada del programa por perdida en el seguimiento.<br>• Se recuerda el cumplimiento de la meta mensual de captación de sintomáticos respiratorios, la cual debido al bajo volumen de atención es de apenas 1 SR. mensual. |
| 3 | Se verifica diligenciamiento de libro de programa (006), tarjeta de tratamiento y formato trimestral 013, se apoya diligenciamiento de formatos. |
| 4 | La institución no cuenta con eventos de micobacterias e ITS notificados durante la presente vigencia. |

**OBSERVACIONES**

| |
|---|
| |

| COMPROMISOS | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|
| Realizar seguimiento a paciente y contactos según | PERMANENTE |

| | |
|---|---|
| lineamientos vigentes:<br>Controles bimestrales por médico y laboratorio y seguimiento mensual por enfermería para seguimiento al peso corporal. | |
| Enviar los informes mensuales del programa de manera correcta, actualizada y en los tiempos establecidos. | Hasta los 5 de cada mes. |
| **LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA** | |
| Se procede a elaboración y socialización de compromisos, se da cierre a la reunión. | |

**ANEXO:** Registro fotográfico, listado de asistencia.



| ALCALDÍA DE FLORENCIA<br>NIT No. 800.095.728-2 | CÓDIGO<br>E1.F02 | ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETA | FECHA DE EMISIÓN<br>23/12/2014 |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN<br>1.0 | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN<br>PÁGINA:<br>1 de 1 |

CIUDAD, FECHA: Florencia 12 Agosto/2024 HORA: 3:30pm LUGAR: Sanidad Policía Nacional

ASUNTO: Visita de Asistencia Técnica y Seguimiento a Programa de TB HOJA ____ de ____

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | ENTIDAD y/o DEPENDENCIA | CARGO | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DEDAIRO RICO G | UPRES-DAUG | ENFERMERO JEFE | 3102600614 | daug.upres-pymeptica | |
| 2 | Katherine Prieto S | SSM - VSP | Prof. Apoyo SSM | 3186352286 | Katherine.prieto.galindez | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |

**ACTIVIDAD N°4: Verificar seguimiento y realizar notificación a las EAPB de los casos con diagnóstico de TB, LEPRA y VIH reportadas en el aplicativo y SIVIGILA.**

Gmail

**Sivigila Sivigila <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>**

# Solicitud certificado defunción para ajuste en SIVIGILA

2 mensajes

**Sivigila Florencia** <sivigila@florencia-caqueta.gov.co> 8 de agosto de 2024, 17:23
Para: dariosc@medilaser.com.co
Cc: coorenfermeria@cedimips.com, sivigila@cedimips.com

Buen dia..

De manera atenta solicito información necesaria para realizar ajuste de condición final del usuario JOSE RICARDO REINA DIAZ, cc. 1117529028, quien fue notificado para el evento 850 VIH/ SIDA en la Clínica Gloria Patricia Pinzon, pero quien fue remitido a Clínica Medilaser.

Gracias por su atención, quedo atenta a sus comentarios

*Katherine Prieto Galindez*
*Cel: 3186852286*
*Profesional de Apoyo - Programa de Tuberculosis y Lepra*
*SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL - FLORENCIA*

Oficina de Vigilancia y Salud Pública
Secretaria de Salud Municipal
**Alcaldía de Florencia**
(8) 3330333007 Ext. 205
Carrera 11 Calle 19 Barrio La Inmaculada
www.florencia-caqueta.gov.co
sivigila@florencia-caqueta.gov.co

ALCALDÍA DE FLORENCIA FLORENCIA

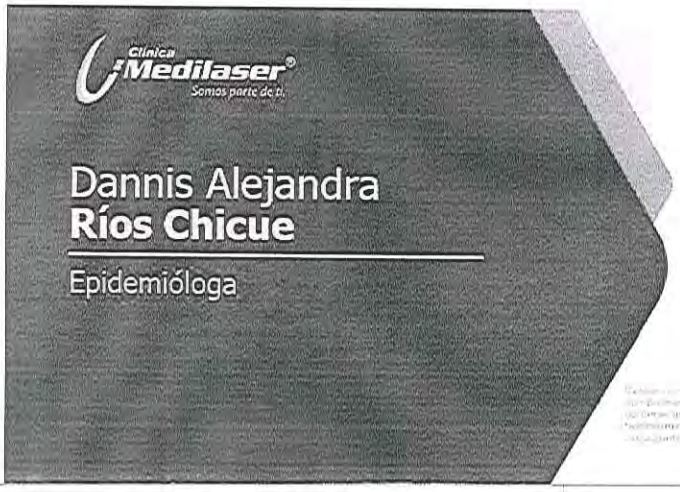
**Dannis Alejandra Rios Chicue** <DARIOSC@medilaser.com.co> 9 de agosto de 2024, 16:50
Para: Sivigila Florencia <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>
Cc: "coorenfermeria@cedimips.com" <coorenfermeria@cedimips.com>, "sivigila@cedimips.com" <sivigila@cedimips.com>

Buena tarde

Cordial saludo

Adjunto certificado de defunción del paciente JOSE RICARDO REINA DIAZ, identificado con número de documento 1117529028, quien fue notificado para el evento 850 VIH/ SIDA en la Clínica Gloria Patricia Pinzón y posterior a ello, remitido a nuestra institución.

Atentamente,



**De:** Sivigila Florencia <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>
**Enviado:** jueves, 8 de agosto de 2024 17:23
**Para:** Dannis Alejandra Rios Chicue <DARIOSC@medilaser.com.co>
**Cc:** coorenfermeria@cedimips.com <coorenfermeria@cedimips.com>; sivigila@cedimips.com <sivigila@cedimips.com>
**Asunto:** Solicitud certificado defunción para ajuste en SIVIGILA

[El texto citado está oculto]

---

**certiificado_1117529028.pdf**
24K

Oficina de Atención al Ciudadano

Secretaría de Salud Municipal
**Alcaldía de Florencia**
☎ 3330333007 Ext. 204
Carrera 11 Calle 19 Esquina Barrio Inmaculada
www.florencia-caqueta.gov.co
atencionalusuario.secsalud@florencia-caqueta.gov.co

*"Su opinión es muy importante para nosotros, solicitamos su amable colaboración calificando nuestro servicio".*

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNGRvGkj2mX6hZgqR9mUK-wlyY7Ez6lkZcTlU__fvZrGKRuA/viewform

ALCALDÍA DE FLORENCIA FLORENCIA

[El texto citado está oculto]

---

**2 adjuntos**

**COR 10348.pdf**
193K

**fwdcasotbccharlymuoz.zip**
2019K

---

**Sivigila Florencia** <sivigila@florencia-caqueta.gov.co> 6 de agosto de 2024, 12:07
Para: Secsalud Atencion al Usuario <atencionalusuario.secsalud@florencia-caqueta.gov.co>

Buenos días,

Adjunto soportes para dar cierre a COR 10348

El usuario tuvo condición de egreso tratamiento terminado el día 14/03/2024, usuario con residencia en Bogotá mediante su tratamiento en tuberculosis.

Quedo atenta.

*Katherine Prieto Galindez*
*Cel: 3186852286*
*Profesional de Apoyo - Programa de Tuberculosis y Lepra*
*SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL - FLORENCIA*

Gmail **Sivigila Sivigila <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>**

# Fwd: COR 10348

3 mensajes

**Regimen Subsidiado - Alcaldia de Florencia Caqueta** <regimensubsidiado@florencia-caqueta.gov.co> 29 de mayo de 2024, 16:44
Para: Secsalud Atencion al Usuario <atencionalusuario.secsalud@florencia-caqueta.gov.co>, Sivigila Sivigila <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>, Salud Pública Florencia <saludpublica@florencia-caqueta.gov.co>

Buena tarde

LUZ ADRIANA Atencion al usuario: Favor revisar el tema con este usuario para traslado.

MAUREN Vigilancia: CASO DE TUBERCULOSIS

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**Oficina de Aseguramiento y Prestación de Servicio**
regimensubsidiado@florencia-caqueta.gov.co
+57 (8) 435 8100 Ext. 2003
www.florencia-caqueta.gov.co
Carrera 11 No. 19-05 Esquina, Florencia - Caquetá, Colombia
Salva un árbol...no imprimas este e - mail a menos que realmente lo necesites.

--------- Forwarded message ---------
De: **Ingri Maryoly Endo Valencia** <ingri.valencia@florencia-caqueta.gov.co>
Date: mié, 29 may 2024 a las 14:20
Subject: COR 10348
To: Regimen Subsidiado - Alcaldia de Florencia Caqueta <regimensubsidiado@florencia-caqueta.gov.co>

**INGRI VALENCIA ENDO**
Auxiliar Administrativa
ingri.valencia@florencia-caqueta.gov.co
+57 (8) 435 8100
www.florencia-caqueta.gov.co

Calle 15 Carrera 12 Esquina Piso 5,

Florencia - Caquetá, Colombia

No imprima este e-mail a menos que sea absolutamente necesario. Salve el [illegible]

**2 adjuntos**

**COR 10348.pdf**
193K

**fwdcasotbccharlymuoz.zip**
2019K

**Secsalud Atencion al Usuario** <atencionalusuario.secsalud@florencia-caqueta.gov.co> 5 de agosto de 2024, 11:17
Para: Sivigila Sivigila <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>

Cordial saludo ING MAUREN,respetuosamente me permito enviar el correo que antecede donde se reporta un caso de TUBERCULOSIS, se evidencia no hubo cierre en su momento,por lo anterior se requiere se informe la respuesta para dar el cierre al COR 10348.

Gmail **Sivigila Sivigila <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>**

# Solicitud de Historia Clinica y Tarjeta de Tratamiento

2 mensajes

**Ruth Ortega Paez** <enfermeraambulatoriostunal@subredsur.gov.co> 29 de julio de 2024, 11:58

Para: "sivigila@florencia-caqueta.gov.co" <sivigila@florencia-caqueta.gov.co>

Buen dia : Coordinador vigilancia Epidemiológica Florencia. De manera atenta, solicito nos envíen la historia clínica, tarjeta de tratamiento del programa Tuberculosis del señor Andrés Camilo Bastos Ducuara CC 1012325905.Actualmente se encuentra hospitalizado en esta institución de salud y se necesita la información para orientar en tratamiento.

Agradezco su respuesta.

Ruth Ortega Paez

Enfermera Jefe

Programa Tuberculosis/VIH

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Hospital El Tunal -Bogotá

cell 3108706240

---

**Sivigila Florencia** <sivigila@florencia-caqueta.gov.co> 29 de julio de 2024, 15:11

Para: Ruth Ortega Paez <enfermeraambulatoriostunal@subredsur.gov.co>

Buen dia

Adjunto archivos con información solicitada,

Quedo atenta a cualquier inquietud

*Katherine Prieto Galindez*
*Profesional de Apoyo - Programa de Tuberculosis y Lepra*
*SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL - FLORENCIA*
**Oficina de Vigilancia y Salud Pública**
Secretaria de Salud Municipal
**Alcaldía de Florencia**
☎ (8) 3330333007 Ext. 205
Carrera 11 Calle 19 Barrio La Inmaculada
www.florencia-caqueta.gov.co
sivigila@florencia-caqueta.gov.co

ALCALDÍA DE FLORENCIA FLORENCIA.

**6 adjuntos**

**Tarjeta de tratamiento tbc nuevo.xlsx**
74K

**VIH (1).pdf**
100K

**Paraclinicos.pdf**
129K

**formula.pdf**
169K

**oficio.pdf**
574K

**hc.pdf**
314K

**ACTIVIDAD No. 5: Realizar consolidación y envió del informe del programa tuberculosis, lepra y VIH del municipio bajo los lineamientos del nivel nacional y actualizar mensualmente la base de datos de los pacientes diagnosticados con Tuberculosis y Lepra.**

Gmail

**Programa TB- Lepra Florencia <programatbflorencia@gmail.com>**

# Informe mensual de Tuberculosis Julio FLORENCIA

1 mensaje

**Programa TB- Lepra Florencia** <programatbflorencia@gmail.com> 6 de agosto de 2024, 0:36
Para: REGIONAL NORTE <spcaquetanorte@gmail.com>

Buen dia Jefe Libia

Adjunto libros de Excel con la información del programa de Tuberculosis del municipio de Florencia correspondiente al mes de Julio.

Nota: las tarjetas de tratamiento están en los correos que me envían mensualmente, no las descargue porque mes a mes las van actualizando, si llega a necesitar alguna informacion estare atenta.

--

*Katherine Prieto Galindez*
*Profesional de Apoyo - Programa de Tuberculosis y Lepra*
*SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL - FLORENCIA*

**2 adjuntos**

**005 Formato de captación de sintomáticosSSM24.xlsx**
1839K

**006 Libro casos de TB y profilaxis sensible 2024 actualizada.xlsx**
6749K