Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ACTA**	Versión:	**5**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	**12/07/2024**	
		Código:	**02-01-F0-0001**	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ 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 ___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 03/12/2024	LUGAR: JARDIN INFANTI COLOR KIDS	HORA INICIO: 10:00 am
RESPONSABLE: MARINELLA ROA CRUZ EPIDEMIOLOGA, FREDY PIDIACHE ING. AMBIENTAL (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL 11:00 am

OBJETIVO DE LA REUNION

REALIZAR CIERRE DE BROTE DE IRA JARDIN INFANTIL COLOR KIDS UBICADO EN LA DIRECCION Cl 19 106 34

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Presentación del equipo ERI y objetivo de la intervención
2. Realizar Cierre del brote de IRA en el Jardín Infantil Color Kids
3. Lectura y Cierre del Acta
4.

REVISION DE COMPROMISOS

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

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. Presentación del equipo ERI

El día 03/12/2024 el equipo ERI conformado por el epidemiólogo Marinella Roa Cruz y el ingeniero Ambiental Fredy Pidiache, realizan seguimiento y cierre del evento (IRA) en el Jardín Infantil Color Kids ubicado en la dirección Cl 19 106 34 de la localidad de Fontibón.

2. Se informa el objetivo de la intervención

Realizar cierre al brote de IRA en el Jardín Infantil Color Kids Ubicado en la localidad de Fontibon

Cierre del Evento

El día 03/12/2024 se realizó último seguimiento a la institución educativa, con el fin de realizar cierre al brote de IRA presentado en el Jardín Infantil Color Kids, con un total de 3 casos y 190 expuestos, con fecha de inicio del último caso identificado 18/11/2024 y seguimiento al brote por 15 días hasta el 03/12/2024. Durante este tiempo no se presentaron nuevos casos, por tal motivo se realiza cierre del brote, sin la novedad de estudiantes o funcionarios sintomáticos en la institución. Se dejan recomendaciones de Prevención y autocuidado:

- Se recuerda la importancia del Lavado de manos cada dos horas, Se indica que se deben mantener las ventanas y puertas abiertas para permitir la recirculación de aire en las aulas de clases y demás espacios.
- No compartir menaje o alimentos entre los estudiantes, de igual manera evitar compartir el material de apoyo educativo.
- Importante realizar de manera continua los procesos de limpieza y desinfección, en aulas de clase, yzonas comunes.
- Importancia de la consulta médica cuando los menores presenten sintomatología respiratoria, gastrointestinal o eruptiva.
- Uso de mascarilla facial ante la presencia de síntomas respiratorios y aislamiento.

En caso de presentarse algún caso por un evento de interés en salud pública, notificar las novedades alcorreo electrónico eri@subredsuroccidente.gov.co. o comunicarse al número telefónico 3184155550

Realización, lectura y firma del acta

FECHA: 03/12/2024	TEMA: CIERRE BROTE IRA JARDIN INFANTIL COLOR KIDS

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA DE CUMPLIMIENTO**
Notificar al equipo ERI eventos que sean de interés en salud Publica al correo eri@subredsuroccidente.gov.co	Jardín Infantil Color Kids	CONTINUAMENTE

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	**Se adjuntan firmas en fisico**					
2						
3						
4						

FECHA: 03/12/2024	TEMA: CIERRE BROTE IRA Jardín Infantil Color Kids

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
NOTIFICAR eventos de interés en salud pública al correo epi2subredsuroccidente.gov.co	Jardín infantil Color Kids	Continuamente

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	[illegible]	52339714	SSO-USP	Epidemiología	GESC	[illegible]
2	[illegible]	52.324.155	Unidad Vida	Responsable	Coordinadora	[illegible]
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Powered by CamScanner