ACTA N° 001

FECHA: Bogotá, jueves 24 de febrero 2022.

HORA: 01:30 p.m.

LUGAR: Jardín Infantil Paraíso RESO.

TEMA: Socialización e implementación del FORMATO DE VERIFICACION ESTADO VACUNAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA y del FORMATO VERIFICACION DE ASISTENCIA A LA CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LA SALUD Y DESARROLLO EN JARDINES INFANTILES PUBLICOS, PRIVADOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL.

ASISTENTES: Talento humano administrativo y operativo del Jardín Infantil Paraíso RESO. Jornadas Diurna y Nocturna

ORDEN DEL DÍA:

Siendo la 01:30 pm horas del día se da inicio a la jornada virtual de socialización e implementación del formato de verificación estado vacunal de las niñas y los niños en primera infancia; y del formato verificación de asistencia a la consulta de valoración integral de la salud y desarrollo en jardines infantiles.

Se realiza explicación acerca de la dinámica para el diligenciamiento del formato, el cual será realizado por cada agente educativa, responsable del grupo asignado, dicha información de sus 15 niñas y niños debe ser revisada por la profesional de nutrición con el objetivo de realizar las acciones pertinentes a la canalización a su EAPB- o activación de RIAS, para favorecer los procesos de atención oportuna con las niñas y los niños.

Se realizan modificaciones al formato de registro vacunal donde se incluye el registro del numeral otras de las vacunas COVID-19, con la información que refiere a lote y fecha de aplicación, con el fin de asegurar el esquema propuesto por el ministerio de protección social

Finalizada la socialización y exposición de la metodología de diligenciamiento de acuerdo al instructivo presentado, sobre las 02:30 pm, se imparten preguntas a los asistentes (con relevancia al talento humano que hace parte de la ruta operativa y administrativa del J.I Paraíso RESO) y se da apertura al espacio de concertación de inquietudes y soluciones, de modo que, halla respuesta coherente y clara por parte de los mismos, respecto al alcance, metodología e

instrucción clave consignada dentro del formato de verificación estado vacunal de las niñas y los niños en primera infancia; y del formato verificación de asistencia a la consulta de valoración integral de la salud y desarrollo en jardines infantiles públicos, privados y casas de pensamiento intercultural Jardín Infantil Paraíso RESO; con el propósito de que estos dos (2) formatos, sean el mecanismo efectivo para realizar seguimiento al estado inicial de salud del niño y niña para posterior notificación y activación de ruta de atención a la EAPB - Entidad Administradora de Planes de Beneficios a la cual se encuentra vinculado, según aplique el caso específico.

DESARROLLO:

Se da inicio al orden del día haciendo uso de plataforma virtual, con ello también uso de elementos y equipos audiovisuales que faciliten la comprensión y entendimiento de los asistentes en el espacio de socialización e implementación del formato de verificación estado vacunal de las niñas y los niños en primera infancia; y del formato verificación de asistencia a la consulta de valoración integral de la salud y desarrollo en jardines infantiles públicos, privados y casas de pensamiento intercultural, del jardín infantil Paraíso RESO; en medio del encuentro virtual, fue socializado el siguiente contenido que hacen parte de los instructivos de los dos formatos a implementar.

1. FORMATO DE VERIFICACION ESTADO VACUNAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA.

   a) Registro del nombre del jardín infantil del cual se está realizando la verificación.
   b) Registro del nivel o grupo de los niños y las niñas que se está verificando.
   c) Registro del responsable de la verificación.
   d) Registro legible de nombres y apellidos de la niña o el niño.
   e) Registro fecha de nacimiento (día-mes-año)
   f) Registro de edad en MESES de la niña o el niño.
   g) Registro fecha de verificación en formato día/ mes/ año (la fecha en la que realiza la revisión del carné de vacunación).
   h) Registro del ESQUEMA DE VACUNACION (según carnet de vacunación de la niña o el niño presentado por el adulto responsable del menos); marcar con una X en el espacio de la vacuna que fue aplicada.
   i) Registro de ESQUEMA DE VACUNACION VIGENTE SEGÚN LA EDAD (de acuerdo a lo verificado en el carnet de vacunación, marque con una X)
   j) Registro de fecha proyectada de próxima vacuna (Tabla 2 Esquema de vacunación para niños y niñas menores de 6 años).
   k) Registro de observaciones en caso de incumplimiento del esquema vacunal y los compromisos adquiridos por el adulto responsable del niño o de la niña.
   l) Esquema de vacunación para niños y niñas menores de 6 años.

2. FORMATO VERIFICACION DE ASISTENCIA A LA CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LA SALUD Y DESARROLLO EN JARDINES INFANTILES PUBLICOS, PRIVADOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL.

   a) Registro del nombre completo del jardín infantil público, privado o casa de pensamiento intercultural.
   b) Registro del nivel o grupo de los niños y las niñas que se está verificando.
   c) Registro del responsable de la verificación.
   d) Registro legible de nombres y apellidos de la niña o el niño.
   e) Registro fecha de nacimiento (día-mes-año)
   f) Registro de edad en MESES de la niña o el niño.
   g) Registro de la consulta de valoración integral de la salud y el desarrollo de la niña y del niño que indique:
      - Fecha de verificación (día-mes-año)
      - Soporte vigente de la valoración integral que evidencie la consulta por EAPB.
      - Fecha de última consulta (según carnet de salud)
      - Fecha proyectada próxima consulta.
      - Fecha de último tamizaje visual.
      - Registro de presencia de alteración visual (según carnet de salud)
      - Fecha de último tamizaje de la salud auditiva y comunicativa.
      - Registro de presencia de alteración auditiva (según carnet de salud)
   h) Registro de control odontológico de la niña y del niño que indique:
      - Soporte vigente del control odontológico realizado por la EAPB.
      - Fecha ultimo control odontológico (según carnet de salud)
      - Registro de presencia de alteración odontológica (según carnet de salud)
   i) Registro de observaciones que complemente la verificación. (factores de riesgo, compromisos del adulto responsable, discapacidad, enfermedad de base o indicación médica, etc.)

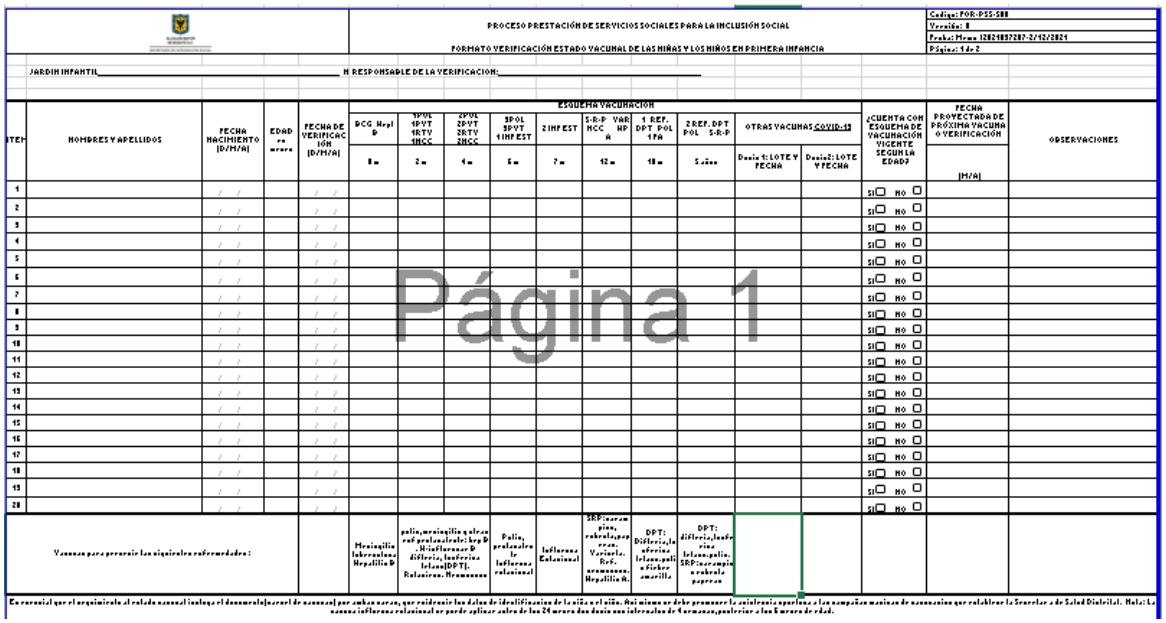
Se realiza la socialización de manera virtual por presentar contagio de covid-19, frente a la contingencia de desarrollo la sesión virtual con todo el talento humano

En constancia de lo anterior firman:

Nombres.	Apellidos.	identificacion	Dirección de correo electrónico	Numero de identificacion.	Nº contacto telefónico	Actividad a realizar dentro del J. I. Paraiso RESO.
Lady Vanessa	Hernández Castiblanco	C.C.	vanesacastiblanco22@hotmail.com	1024550699	3008231481	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Diana Milena	Vargas Pachon	C.C.	vargasdiana683@gmail.com	53002512	3229003346	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
María Fernanda	Buitrago Sánchez	C.C.	fersanti48@gmail.com	53090010	3115650811	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
maria del pilar	avila porras	C.C.	mdpilaravilap@gmail.com	53095163	3208720941	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
CINDY CAROLINA	Rincón BELTRÁN	C.C.	cicaribe12_@hotmail.com	1023879894	3142461437	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Jeimy Marcela	Molina Pico	C.C.	marceedu0610@gmail.com	52969265	3114662446	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Gina Paola	Muñoz Moreno	C.C.	ginipink777@gmail.com	53040418	3176054	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Laura jacqueline	Martinez aguilar	C.C.	lauramartinez2517@gmail.com	1018458868	3008729129	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
LUZ MILENA	CARRILLO	C.C.	mile_na1724@yahoo.es	52743895	3197750293	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Sandra yolanda	Pinzon cristancho	C.C.	yolype97@gmail.com	52464205	3227996647	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Yeimy Andrea	Calderón Neuto	C.C.	yeimyandrea2106@gmail.com	1032414608	3219938576	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Karen hassiw	Calderón Vargas	C.C.	karen_valeria0114@hotmail.com	1024556777	3229711183	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Omaira	Jimenez Reyes	C.C.	Omairajimenez3040@gmail.com	52538372	3155633889	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
johanna marcela	lizarazo cardenas	C.C.	kaya847@gmail.com	53015115	3138565618	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Diana Milena	Quintana Torres	C.C.	dianamquintana81@gmail.com	52743162	3105503149	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Angélica cecilia	Morales Guzmán	C.C.	angemoralesg26@gmail.com	1015426824	3168296560	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Yamile Constanza	Moreno Mendoza	C.C.	yamirris@gmail.com	52831344	3153110665	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Xiomara Magrel	Guamanga Torres	C.C.	principios.1524@gmail.com	1033732665	3123432252	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Mabel Alejandra	Leal Pérez	C.C.	pscologa.alejandraleal@outlook.com	1026289202	3212966500	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
María Isabel	Ochoa Rodriguez	C.C.	mayis139@hotmail.com	1031126827	3145405214	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Yésica	Bernal	C.C.	jlpocajontas@gmail.com	1010181242	3017072245	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Sandra Patricia	Ricaurte Pardo	C.C.	sandra24ricaurte@gmail.com	52166274	3223868634	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Blanca Myriam	Moreno Sanchez	C.C.	blancamyriammoreno@gmail.com	39716589	3177008576	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
María Janneth	Beltrán Prieto	C.C.	jannethb1979@gmail.com	52826220	3112012364	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Leydi Viviana	Delgado Moreno	C.C.	vivianita.122826@gmail.com	1090397730	3125960234	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Julieth Elizabeth	Muete Rojas	C.C.	juliethmuete3@gmail.com	52748330	3133719018	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Carmen yined	Arias Bonilla	C.C.	yined.arias16@gmail.com	52866395	3118722292	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Maria Isabel	Daza Baron	C.C.	jardinparaiso@andap.edu.co	52133206	3175875426	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Laura jacqueline	Martinez aguilar	C.C.	lauramartinez2517@gmail.com	1018458868	3008729129	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles
Yeny Marcela	Cadena Martinez	C.C.	ycadenamartinez@yahoo.es	53092732	3134845932	Solcialización de formato de verificación del estado vacunal y asistencia a consulta de valoración integral en jardines infantiles

Anexos: listado de asistencia, presentación de formatos

Elaboró: Olga Lucia López Martínez.



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VERIFICACIÓN ESTADO VACUNAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA

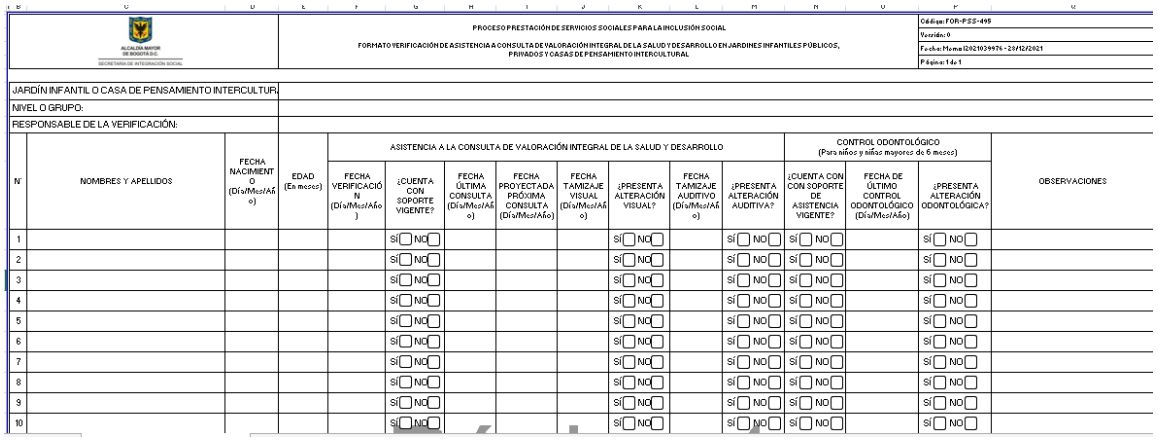
Código: FOR-PSS-588 | Versión: 8 | Fecha: Memo 20241037287-24/12/2024 | Página: 1 de 2

JARDIN INFANTIL_____ RESPONSABLE DE LA VERIFICACION:_____

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO (D/M/A)	EDAD en meses	FECHA DE VERIFICACIÓN (D/M/A)	ESQUEMA VACUNACION										¿CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE SEGUN LA EDAD?	FECHA PROYECTADA DE PRÓXIMA VACUNA O VERIFICACIÓN (M/A)	OBSERVACIONES
					BCG. Hepl B	1DPT 1VPI 1HTV 1HiCC	2DPT 2VPI 2HTV 2HiCC	3DPT 3VPI 1 INFLUEST	2 INFLUEST	S-R-P VAR HCC HP A	1 REF. DPT POL 1FA	2 REF. DPT POL S-R-P	OTRAS VACUNAS COVID-19				
					0 m	2 m	4 m	6 m	7 m	12 m	18 m	5 años	Dosis 1: LOTE Y FECHA	Dosis2: LOTE Y FECHA			
1		/ /		/ /											SI NO		
2		/ /		/ /											SI NO		
3		/ /		/ /											SI NO		
4		/ /		/ /											SI NO		
5		/ /		/ /											SI NO		
6		/ /		/ /											SI NO		
7		/ /		/ /											SI NO		
8		/ /		/ /											SI NO		
9		/ /		/ /											SI NO		
10		/ /		/ /											SI NO		
11		/ /		/ /											SI NO		
12		/ /		/ /											SI NO		
13		/ /		/ /											SI NO		
14		/ /		/ /											SI NO		
15		/ /		/ /											SI NO		
16		/ /		/ /											SI NO		
17		/ /		/ /											SI NO		
18		/ /		/ /											SI NO		
19		/ /		/ /											SI NO		
20		/ /		/ /											SI NO		
Vacunas para proveer las siguientes reforzadores:					Meningitis, tuberculosa, Hepatitis B	polio, meningitis y otras ref. prolactinoide: hep B , Neumococo B difteria, tuberina tetano(DPT), Rotavirus, Neumococo		Polio, prolactinoide tuberina relacional	Influenza Estacional	SRP: sarampion, rubeola, paperas. Varicela. Ref. sarampiona. Hepatitis A.	DPT: Difteria, tetano, tosferina tetano, polio y Fiebre amarilla	DPT: difteria, tetanos tosferina tetano, polio, SRP: sarampion rubeola paperas					

En necesario que el acudiente al estado vacunal incluya el documento de carnet de vacunas por cada niño y niña. Así mismo se debe promover la asistencia oportuna a las campañas masivas de vacunación que realicen la Secretaría de Salud Distrital. Nota: La vacuna influenza estacional se puede aplicar entre los 24 meses hasta antes de cumplir los 5 años, 11 meses y 29 días de edad.

Página 1



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA A CONSULTA DE VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y DESARROLLO EN JARDINES INFANTILES PÚBLICOS, PRIVADOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Código: FOR-PSS-499 | Versión: 0 | Fecha: Memo 20241039976 - 26/12/2024 | Página: 1 de 1

JARDÍN INFANTIL O CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTUR:

NIVEL O GRUPO:

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO (Día/Mes/Año)	EDAD (En meses)	ASISTENCIA A LA CONSULTA DE VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y DESARROLLO								CONTROL ODONTOLÓGICO (Para niños y niñas mayores de 6 meses)			OBSERVACIONES
				FECHA VERIFICACIÓN (Día/Mes/Año)	¿CUENTA CON SOPORTE VIGENTE?	FECHA ÚLTIMA CONSULTA (Día/Mes/Año)	FECHA PROYECTADA PRÓXIMA CONSULTA (Día/Mes/Año)	FECHA TAMIZAJE VISUAL (Día/Mes/Año)	¿PRESENTA ALTERACIÓN VISUAL?	FECHA TAMIZAJE AUDITIVO (Día/Mes/Año)	¿PRESENTA ALTERACIÓN AUDITIVA?	¿CUENTA CON CON SOPORTE DE ASISTENCIA VIGENTE?	FECHA DE ÚLTIMO CONTROL ODONTOLÓGICO (Día/Mes/Año)	¿PRESENTA ALTERACIÓN ODONTOLÓGICA?	
1					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
2					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
3					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
4					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
5					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
6					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
7					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
8					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
9					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	
10					SÍ NO				SÍ NO		SÍ NO	SÍ NO		SÍ NO	