ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Tema: __**Asistencia técnica eventos transmisibles** _____

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección Vigilancia en Salud Pública	inspección Vigilancia y Control

Objetivo	Fecha: 12-02-2025			
Realizar asistencia cojn Epidemiólogos mes de Febrero 2025 para actualización en eventos transmisibles.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría (X) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Salud Pública Sede Boston			
	Hora Inicio: __8:30 am_____ Hora Fin: ___12:30 am_____			
	Notas por: Mariluz Muñeton			
	Próxima Reunión: Por definir			
	Quien cita: Mariluz Muñeton			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

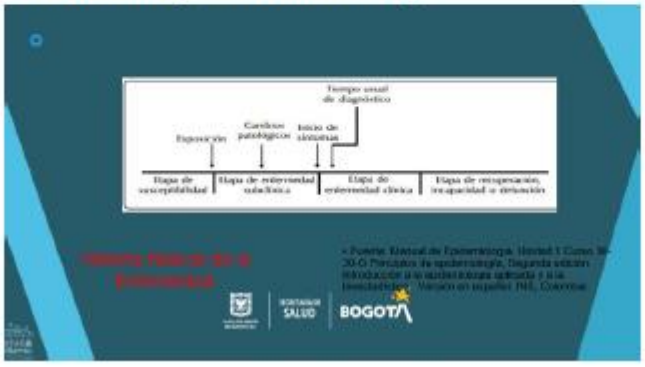
La reunión de equipo del subsistema Transmisibles se realiza el día Miércoles 12/02/2025 presencial.

A las 08:30 a.m. se da inicio a la reunión de equipo, previa convocatoria realizada por la líder de transmisibles, con el objetivo de socializar la agenda en mención.

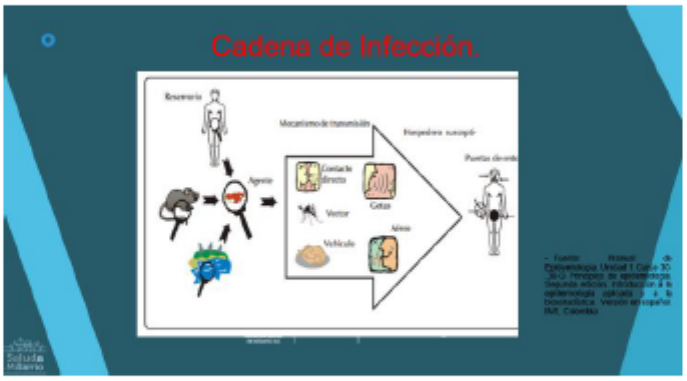


1. **Saludo y Bienvenida:** Mariluz Muñeton Líder del subsistema inicia mencionando la agenda del día da la bienvenida a la reunión de epidemiólogos de VSP donde se da lectura de la misma.

2. **Intervención Fiebre Amarilla (Dr. Libardo Rentería)**

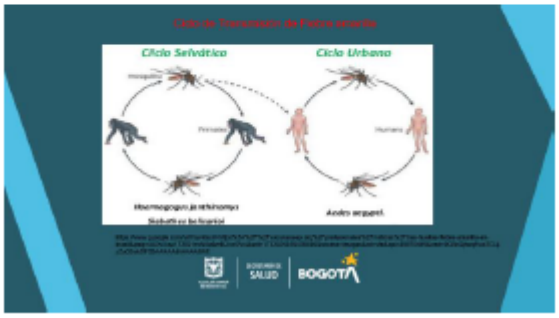


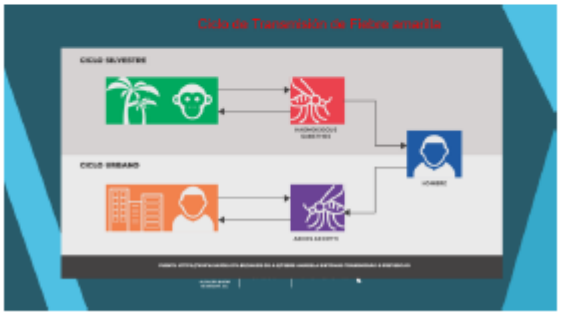
El Dr. Libardo Rentería presenta el evento fiebre amarilla. Inicia con la cadena de infección, El modelo tradicional (tríada epidemiológica) ilustró a las enfermedades infecciosas como el resultado de la interacción entre el agente, el huésped y el ambiente. Específicamente, la transmisión ocurre cuando el agente sale de su reservorio o hospedero a través de una puerta de salida y es llevado a través de algún modo de transmisión a entrar a través de una puerta de entrada a un hospedero susceptible a quien infecta.



Este proceso se llama la cadena de infección. Otro grupo de enfermedades con reservorios animales son las causadas por los virus transmitidos por insectos y por parásitos que tienen ciclos de vida complejos, con reservorios distintos en las diferentes etapas de su desarrollo; estas enfermedades incluyen la encefalitis de San Luis y la malaria (ambas transmitidas por artrópodos vectores) y la esquistosomiasis (transmitida por caracoles de agua dulce). La enfermedad de Lyme es una enfermedad zoonótica de los ciervos, que se transmite incidentalmente a los humanos a través de la garrapata de los ciervos. Fiebre amarilla selvática: En las selvas tropicales lluviosas, los monos, que son el principal reservorio del virus, son picados por mosquitos salvajes que transmiten el virus a otros monos.

Las personas que se encuentren en la selva pueden recibir picaduras de mosquitos infectados y contraer la enfermedad. El virus de la fiebre amarilla tiene como vector principal los mosquitos, que transmiten el virus de un huésped a otro, principalmente entre los monos, pero también del mono al hombre y de una persona a otra. Hay varias especies diferentes de mosquitos Aedes y Haemogogus que transmiten el virus.





DESARROLLO

Etapas clínicas de la fiebre amarilla

Días	Etapa clínica	Síntomas	Signos	Datos de laboratorio
0-3	Infección	Inicio brusco: fiebre, cefalea dolor lumbosacro nauseas, vómitos	Fiebre, inyección conjunta val. dolor abdominal, bradicardia relativa	Viremia, leucopenia Proteinuria
3-4	Remisión	Disminución de la fiebre y sintomas.		Proteinuria
4-10	Intoxicación	Fiebre, vómitos, hemorragias, ansiedad	Ictericia, oliguria, shock, agitación, postración, estupor, coma.	función hepática alterada. alteración de la coagulación. hipoglicemia. trast ECG Detección de Ac

*Incubación entre 3 a 6 dias

Entre los diagnósticos diferenciales para fiebre amarilla se encuentran Malaria, Hepatitis, Leptospirosis, Fiebre Tifoidea y fiebre hemorrágica por hepatovirus, los síntomas son similares en todas, los que lleva a que sean inespecíficos y sea más difícil el diagnóstico. El objetivo general de toda lucha contra enfermedades contagiosas animales estriba en impedir la producción o interrupción de los procesos epizoóticos.

Esto puede lograrse actuando adecuadamente sobre los tres parámetros del proceso epizoótico: aniquilando los reservorios de los gérmenes o fuentes de contagio, por ejemplo, combatiendo los insectos y roedores depredadores, o separando y sacrificando las poblaciones infectadas, interrumpiendo el proceso de transmisión, por ejemplo combatiendo las poblaciones de artrópodos vectores y suprimiendo ferias y mercados, influyendo sobre la sensibilidad de las poblaciones, por ejemplo, vacunaciones y mejora del ambiente.

Alerta Fiebre Amarilla

Bogotá D.C., 02 de noviembre de 2024.
El Ministerio de Salud y Protección reveló que se han registrado nuevos casos de fiebre amarilla en seis entidades territoriales, con un aumento notable en la última semana en el departamento del Tolima.
Es por esto que se emitió la circular 018 de octubre de 2024, en la que se plasman las directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta por esta enfermedad en el país. Con el fin de orientar las acciones de salud pública, la circular se enfoca en el plan de contingencia, intensificación de la vigilancia en salud pública, vacunación y prevención primaria de la transmisión, manejo integral de casos y comunicación de riesgo.
En la circular 018 de 2024 se describen los municipios con circulación conocida del virus de la fiebre amarilla, entre los principales se encuentran Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Choco, Guaina, Guaviare, La Guajira, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada.

3. **Intervención Hepatitis A (Dra. Claudia Beltrán)**

HEPATITIS A

La hepatitis A es una virosis hepática que puede causar morbilidad de moderada a grave
A diferencia de las demás virosis hepáticas B y C, esta no cauda hepatomegalia crónica, rara vez es mortal, sin embargo, puede ocasionar síntomas debilitantes e insuficiencia hepática fulminante.



Como se transmite:

- Consumo de agua y alimentos contaminados con el virus.
- Mala higiene personal
- Transfusiones de sangre
- Conductas sexuales

Síntomas:

- Fiebre
- Malestar general
- Pérdida del apetito
- Dolor abdominal y diarrea
- Ictericia
- Orina oscura

Grupos de riesgo para infección

- Contactos de casa de caso
- Cuidadores de un caso
- Contactos sexuales de caso
- Personas que han tenido contacto con personas de región endémica
- Personas en contacto muestras de laboratorio
- Personas que se inyectan drogas
- Mayores de 40 años
- Gestantes: RPM, abruptio, parto prematuro

Grupos de riesgo para severidad

Inmunocomprometidos

- VIH
- Inmonodeficiencias congénitas
- Falla renal crónica con diálisis
- Transplantes recientes

- Aquellos que requieren tratamiento con inmunosupresores como cáncer

Enfermedades hepáticas

- Hepatitis B, C
- Cirrosis
- Trastorno de enzimas hepáticas

Laboratorio clínico:

Hemograma: linfocitos, células mononucleares atípicas.
Bilirrubinas > 30ml/dl
Elevación de ALT (1942) y AST (1442)
Elevación fosfasa alcalina y GGT

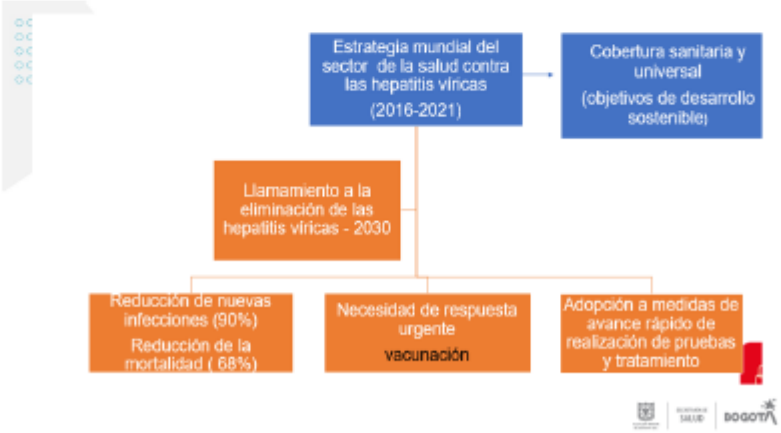
Tratamiento

No existe tratamiento antiviral especifico.

- Hidratación
- Antieméticos
- Evitar exceso de acetaminofén
- Evitar consumo de alcohol
- Prurito
- Hepatitis fulminantes

Complicaciones

- Colestasis
- Hepatitis fulminante
- Prolongación del PT e INR

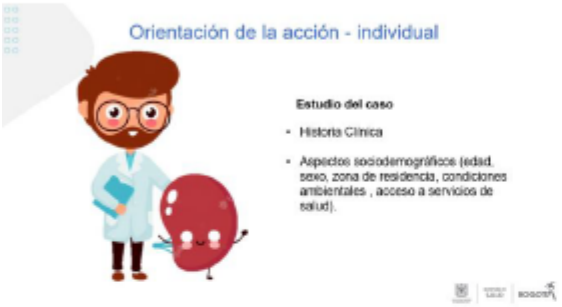


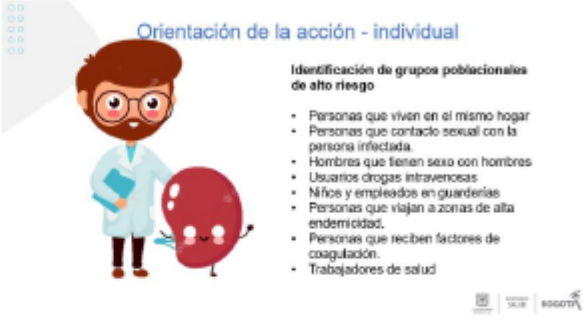
¡Que se busca con vigilancia en salud pública!
Objetivos

- seguimiento continuo y sistemático de los casos de Hepatitis A de acuerdo a los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos
- Procesos sistemáticos de recolección y captura de datos
- Mantener actualizada la información epidemiológica

Resultados

- Información oportuna, valida y confiable Orientar medidas de prevención y control del evento
- Frecuencia de los casos y brotes de hepatitis A
- Identificar factores de riesgo
- Modo de transmisión que lleven al aumento de la incidencia





Definición operativa

Confirmado por laboratorio

- Paciente con malestar general, anorexia, náuseas molestias abdominales, Fiebre, ictericia, coluria, acolia,
- Alteración pruebas hepáticas
- Anticuerpos IgM anti VHA positiva

Confirmado por nexo epidemiológico

- Sintomatología clínica
- Alteración pruebas hepáticas
- Relación a una persona u fuente confirmada por laboratorio

Orientación de la acción – individual

Estudio del caso

- Historia Clínica
- Aspectos sociodemográficos (edad, sexo, zona de residencia, condiciones ambientales, acceso a servicios de salud).

dentificación de grupos poblacionales de alto riesgo

- Personas que viven en el mismo hogar
- Personas que contacto sexual con la persona infectada.
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Usuarios drogas intravenosas

Niños y empleados en guarderías
• Personas que viajan a zonas de alta endemicidad.
• Personas que reciben factores de coagulación.
• Trabajadores de salud

Exámenes de laboratorio

• Anticuerpos tipo IgM contra hepatitis A
• Alaninoaminotransferasas
• Bilirrubinas
• Fosfatasa alcalina
• Urobilinógeno en orina

Búsqueda activa de contactos de alto riesgo
• Personas que comparten la misma fuente de agua o alimentos presuntamente contaminados.
• Convivientes
• Contactos institucionales o sociales

AISLAMIENTO ENTERICO
• Abstenerse de ir al centro educativo o al trabajo.
• Abstenerse de preparar alimentos.
• Lavarse las manos después de usar el baño
• Usar de manera exclusiva los utensilios de cocina (desinfección terminal con hipoclorito de sodio a 200 partes por millón).
• Intensificar las actividades de desinfección de las unidades sanitarias.

AISLAMIENTO ENTERICO
• Eliminar la materia fecal y orina (adicionando hipoclorito 30 minutos antes), especialmente donde hay deficiencias en la eliminación de excretas.
• Teniendo en cuenta el periodo de transmisibilidad, la recomendación de lavado de manos después de usar el baño debe extenderse a los contactos aún asintomáticos.
• Deben extenderse recomendaciones hacia los padres y cuidadores de menores de cinco años en actividades como cambio de pañal y lavado de manos después de asistirlos en el momento de ir al baño. Teniendo en cuenta la frecuencia de casos asintomáticos en más del 80 % en este grupo de edad.
• Promueva la utilización de servicios de salud
• Eduque y vincule la comunidad en el proceso de vigilancia.
• Capacite a los administradores del acueducto en relación a la cloración del agua.

Capacite a los manipuladores de alimentos.
• Verifique si los manipuladores de alimentos cuenta con certificación medica
• Difunda a los trabajadores el uso correcto de las normas de bioseguridad.
• Búsquedas activas con periodicidad
• Reunión con el personal
• Delegar funciones o tareas.
• Revisión bibliográfica.
• Proporcionar y discutir toda la información existente hasta ese momento.
• Plantear los objetivos de la investigación.
• Determinar las actividades a realizar.
• Verificar la disponibilidad inmediata de recursos para la investigación: vehículos, combustible, formularios, equipos para toma y transporte de muestras.
• Evaluar la capacidad del laboratorio y condiciones de toma y envío de muestras.
• Avise a las autoridades sanitarias (epidemiología, laboratorio de salud pública y sanea- miento ambiental).
• Evalúe si el caso proviene de una familia o de una institución en donde pueda haber más niños o adultos expuestos a la fuente de infección
• verifique según ubicación geográfica si hay más casos que indiquen modo de transmisión una fuente común.
• Busque contactos de alto riesgo en el núcleo familiar, social o institucional.
• Busque sintomáticos y convalecientes con el fin de identificar casos anteriores al ac-tual.

Confirme la existencia del brote
• Dos o más casos relacionados confirmados por laboratorio.
• Un solo caso en población confinada

• Aumento inusual del número de casos
• 2. Confirme el diagnostico mediante revisión de historias clínicas, entrevistas a pacientes y resultados de laboratorio

Identifique riesgos
• Estado de tanques sanitarios
• Depósitos de agua
• Limpieza y desinfección de unidades sanitarias según lo encontrado.
• Disposición de heces
• Manejo de residuos sólidos.
• Conductas de riesgo.

Comunicación del riesgo

Informe de situación (SITREP)
• Informe de 24 y72 horas
• Informe de cierre de brote

Tiempo
• Curva epidémica
• Determine tiempo de exposición al agente
• Periodo de incubación
• Modo de transmisión
• Fuente de propagación

Necesidades y recomendaciones
• Es necesario mantener activación e intensificación de la vigilancia, teniendo en cuenta el pico epidémico del 2023 para el Distrito y los brotes a nivel nacional.
• Realizar búsquedas activas institucionales de acuerdo con los lineamientos, y garantizar la notificación de los casos a Sivigila.
• Retomar UPGD la divulgación del protocolo y circular externa 0000006 de 2020, si se identifican debilidades en cumplimiento de algoritmo, diagnóstico y seguimiento de los casos.
• Se debe intensificar la vigilancia de la hepatitis A en las zonas que han mostrado históricamente mayores incidencias para la enfermedad.
• Ante sospecha de hepatitis sin claridad del tipo realizar el 100% de laboratorios para todos los 4 tipos.

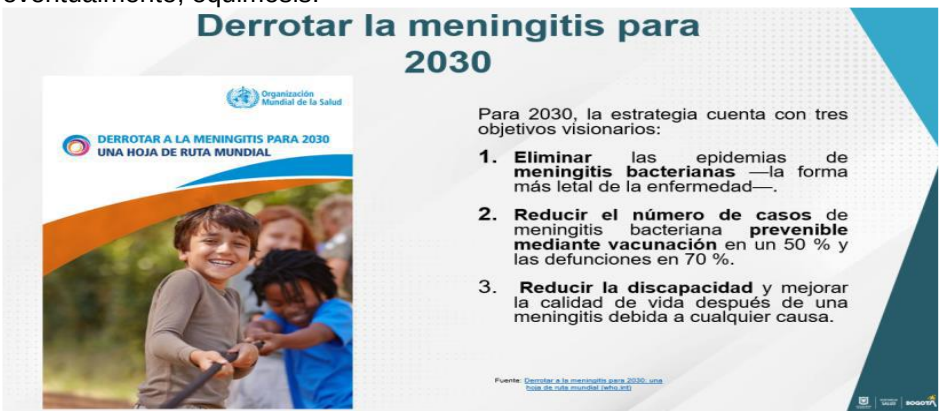


Intervención Meningitis (Dra Stefanny Flórez)

MENINGITIS

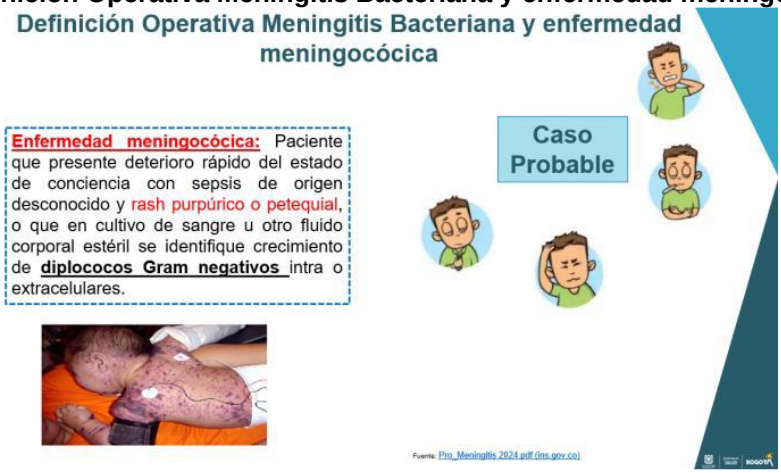
La meningitis bacteriana es una enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges (en ocasiones meninges y encéfalo) provocada por invasión bacteriana del sistema nervioso central. La mayoría de las personas se recupera, sin embargo, la infección puede tener como consecuencia discapacidades permanentes (como daño cerebral, pérdida auditiva y dificultades de aprendizaje).

La meningococcemia es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis, se puede observar un exantema que al comienzo es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequial y, eventualmente, equimosis.



La organización mundial de la salud en su estrategia derrotar la meningitis para 2030 cuenta con tres objetivos, eliminar las epidemias de meningitis bacterianas la forma más letal de la enfermedad, reducir el número de casos de meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en un 50 % y las defunciones en 70 % y reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de una meningitis debida a cualquier causa.

Definición Operativa Meningitis Bacteriana y enfermedad meningocócica



Un caso probable de meningitis bacteriana es aquel paciente que presente cuadro clínico de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos: rigidez de nuca, alteraciones de conciencia, señales de irritación meníngea, rash purpúrico o petequial (meningococo) y en menores de un año embobamiento de la fontanela.

El examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones: LCR turbio, recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80%, elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl, disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl y gram de LCR positivo para bacterias.

El caso probable de enfermedad meningocócica es aquel paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequial, o que en cultivo de sangre u otro

fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares.

Definición de caso confirmado:

Confirmado para meningitis por Streptococcus pneumoniae: caso con resultado de LCR, sangre o antigenemia positiva para Streptococcus pneumoniae.

Confirmado para meningitis por Haemophilus influenzae: caso con resultado de LCR, sangre o antigenemia positiva para Haemophilus influenzae.

Confirmado para enfermedad meningocócica: caso con resultado de cultivo, antigenemia o RT-PCR positiva para Neisseria meningitidis en LCR, sangre u otro fluido corporal estéril.

Confirmado para meningitis por otro agente bacteriano: caso con resultado de cultivo en LCR, sangre para otro agente bacteriano, causante de meningitis bacteriana.

Diagnostico

Se debe garantizar la toma de muestra lo antes posible, una vez que se establece la sospecha clínica y preferiblemente antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano.



Toma de muestra de LCR para estudio de tinción de Gram, citoquímico y cultivo, sangre para pruebas complementarias y hemocultivo.

Todas las upgd a partir del crecimiento bacteriano primario, debe enviar la cepa aislada en medio de transporte Amies con carbón activado para todos los agentes bacterianos a LSP.
La temperatura de envío es ambiente entre 18 y 25 °C y el tiempo máximo para ser recibido en el LSP después de recogido el aislamiento es de 24 horas.

El objetivo es poder determinar los serotipos y serogrupos de estas bacterias en la Región de las américas es muy importante para determinar medidas de salud pública pertinentes, incluyendo la introducción de vacunas contra estos patógenos en los esquemas nacionales de vacunación.

Agentes bacterianos que se vigilan

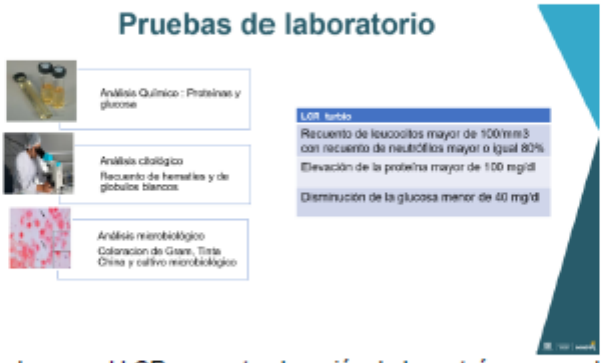
- **Haemophilus influenzae**, coco bacilo Gram negativo, serotipos B, A y no tipificable.
PI: 2 a 4 días

- **Streptococcus pneumoniae**: diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23) son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocócicas invasoras.
PI: 1 a 4 días

- **Neisseria meningitidis:** diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico.

PI: 2 a 10 días, con promedio de 4 días.

Pruebas de laboratorios



Análisis Químico : Proteínas y glucosa, el LCR presenta elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl y disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl

Análisis citológico, recuento de hematíes y de globulos blancos, con recuentos de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80%

Análisis microbiológico, coloración de Gram, tinta China y cultivo microbiológico

Identificación molecular a partir de LCR, PCR multiplex comerciales, esta prueba no determina serotipos ni serogrupos y no reemplaza cultivo.

Acciones de vigilancia

Los objetivos de la vigilancia son estimar la incidencia y letalidad, caracterizar serogrupos y serotipos circulantes y determinar el comportamiento en tiempo, lugar y persona.

Las acciones individuales son, notificación inmediata, realizar IEC en 24-48 horas y unidad de análisis a casos confirmados con condición final muerto.

Las acciones de laboratorio son, toma de LCR y/o hemocultivo, envío de cepas al LSP para envío a INS y serotipificar y Post-Mortem: Cerebro, meninges, cerebelo, tallo y glándulas suprarrenales.

Las acciones colectivas son, realizar BAC y BAI, entrega de quimioprofilaxis a contactos estrechos, aislamiento respiratorio y seguimiento a contactos.

Periodicidad del reporte

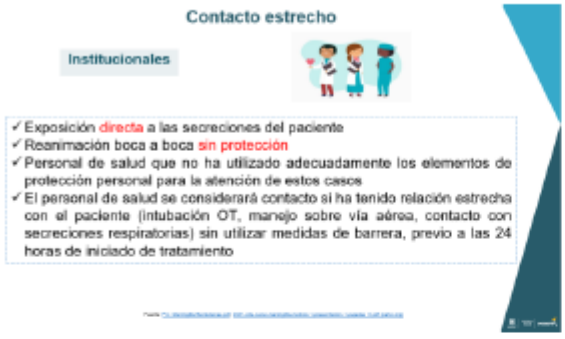
Notificación súper inmediata, una vez la UPGD notifica una caso probable o confirmado de meningitis por Neisseria meningitidis, enfermedad meningocócica o Haemophilus influenzae, se genera una alerta inmediata a correos determinados del INS y de las secretarías de salud (de procedencia, notificación y residencia), aumentando la oportunidad en la detección y el inicio de las acciones individuales y colectivas.

Notificación inmediata, la UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados de meningitis bacteriana.

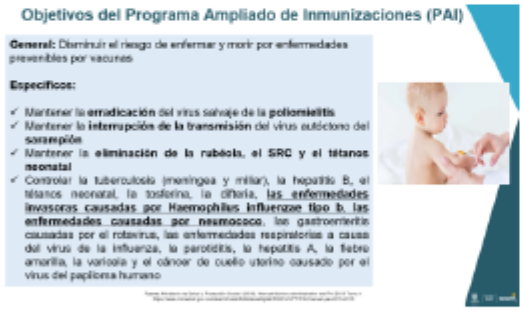
Notificación semanal, la UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados por meningitis bacteriana.

Otros agentes bacterianos: Listeria monocytogenes, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, E. coli, Enterobacter clocae, Streptococcus beta hemolitico, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pyogenes

Clasificación o ajuste final en aplicativo Sivigila
Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste







5. **Intervención MCRV (Dra. Mariluz Muñeton)**

   Esta intervención se deja pendiente para la próxima reunión de epidemiólogos ya que por tiempos no se pudo llevar a cabo.

6. **Cierre:** se da por terminada la reunión.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Ninguno		

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ACTA

Versión: 5
Fecha de aprobación: 12/07/2024
Código: 02-01-F0-0001

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA: 12 Febrero 2025 | TEMA: Realizar reunión de epidemiologos VSP subred Sur occidente.

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

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Julieth Alejandra Delgado	1030629846	CS Boston	Epidemiologa	DGRS	
2	Alba Lucía Páez	35479986	CS BOSTON	EPIDEMIOLOGA	DGRS	
3	Lucrecia Velasco	35528021	CS Boston	Epidemiologa	DGRS	
4	Monica Ortiz	52778128	CS Boston	Epidemiologa	DGRSC	
5	Nidia Alvarez Sanchez	28.386.026	Cs boston	Epidemiologa	DGRSC	
6	[illegible]	52339714	CS Boston	Epidemiologa	GRSC	
7	Arley Lozano	1093756985	CS Boston	Epidemiologa	GRSC	
8	Leidy Real	1014221922	CS Boston	Epidemiologa	DGRSC	Leidy Real
9	Carolina Castellanos	1030560400	CS Bostal	Epidemiologa	DGRSC	Carolina Real
10	Katelyn Olarte	1018465793	CS Boston	Epidemiologa	DGRS	
11	Carolina Rey	1018605778	Bolsalon	Interes	DGRSC	
12	Bibiana Cobos P	52345749	CS Boston	Prof. CEUU	DGRSC	
13	Monica Rodriguez	1026262689	CS Boston	Epidemiologa	DGRSC	
14	Claudia P Beltran	52834316	SDS	Prof. Epidemiologa	SVSP	
15	Monica T Andrade	26420509	CS Boston	Epidemiologa	DGRS	
16	Paula Urueña	53052380	Boston	Epidemiol.	GRSC	
17	Nadly Valderos	52792787	Bostan	Epidemiologa	DGRSC	
18	Maria Mercedes Rojas	20499783	CS Boston	Epidemiologa	DGRSC	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ACTA

Versión:	5
Fecha de aprobación:	12/07/2024
Código:	02-01-F0-0001

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA: 12 Febrero 2025	TEMA: Realizar reunión de Epidemiólogos VSP Subred Sur Occidente.

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

Nº	NOMBRE	Nº IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Karla Penteriud.	71645234	SDS/USP	Profesional Especializado		
2	Stefani florez	1032477228	SDS/USP	Profesional Especializado	SDS/USP	Stefani F.
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	**Observaciones (si aplica)**
Si (X) **No ( )**	

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.