**ADMINISTRACION MUNICIPAL**
**SANTA ROSA DE CABAL**
**SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / VEREDA/ CORREGIMIENTO:** Santa Rosa de Cabal

**FECHA:** 2025-03-18

**HORA:** 8:00 AM

**LUGAR:** Oficina de la secretaria de salud municipal

**OBJETIVO:**

| |
|---|
| RECOPILAR Y ORGANIZAR LISTAS DE CHEQUEO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA. |

**ASISTENTES:**

- Paula Andrea Orozco
- Stefanny Londoño Ruiz

**ORDEN DEL DÍA:**

| No. | TEMA | RESPONSABLE |
|---|---|---|
| 1 | Recopilar y organizar listas de chequeo | Paula Orozco y Stefanny Londoño |
| | | |
| | | |

**SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):**

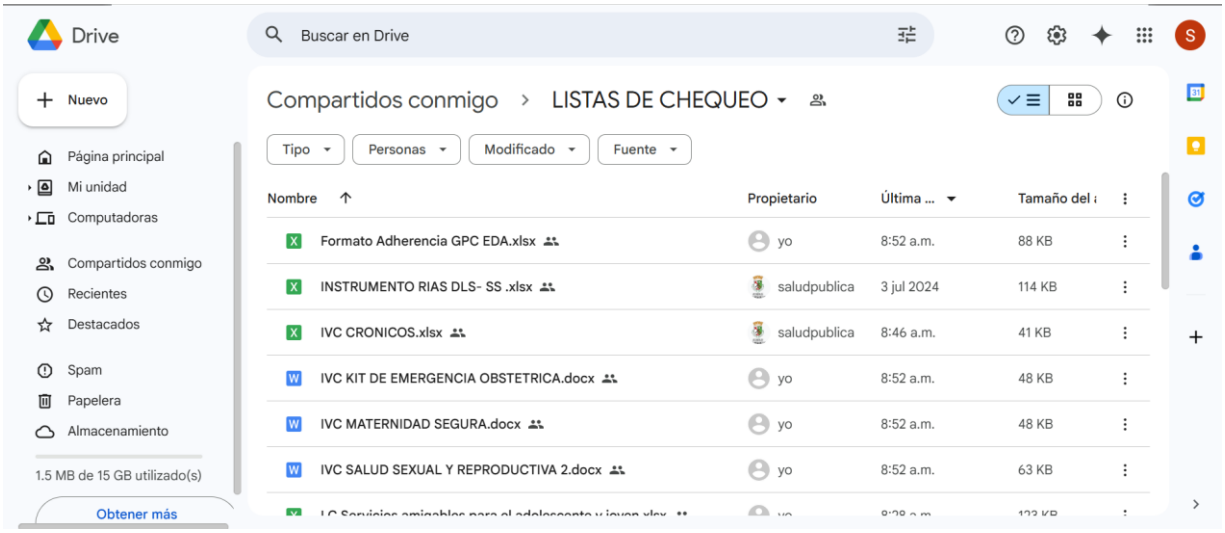
| No. | COMPROMISO | ESTADO Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1 | Sin compromisos. | N/A |

**DESARROLLO Y CONCLUSIONES:**

Con previa citación a reunión con sub secretaria de salud y aseguramiento del municipio, acudo a las instalaciones de la secretaria de salud para recopilar y organizar diferentes listas de chequeo que se van a implementar en la ESE e IPS del municipio; esto con el fin de dar cumplimiento al objeto del contrato numero 1 el cual es “Realizar seguimiento bimensual a la ruta de atención de enfermedades transmisibles prioritarias, incluyendo dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, malaria, tuberculosis, leptospirosis, VIH, infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitada, leishmaniasis cutánea, infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, ESI IRAG inusitado, DNT, cáncer y virus Mpox,

morbilidad materna extrema, mortalidad materna, sífilis gestacional y congénita, entre otras, garantizando la articulación con los diferentes actores del sistema de salud para la oportuna identificación, intervención y control de casos.”

Por lo anterior se crea carpeta compartida en DRIVE donde se cargan todas las listas de chequeo para así actualizar con logos del municipio y poder programar para el mes de Abril visitas a la ESE e IPS del municipio.




**COMPROMISOS (Si los hay):**

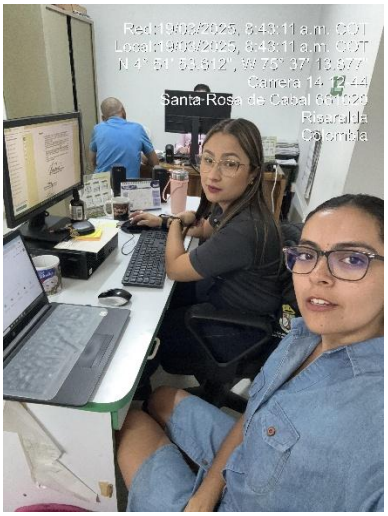
| No. | COMPROMISO | RESPONSABLE | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | Concretar fecha de visita y notificar a las entidades. | Paula Orozco y Stefanny Londoño | Abril de 2025 | Diciembre de 2025 |

**FECHA DE PRÓXIMA REUNION**

A demanda.

| NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN | E mail | Teléfono | CARGO |
|---|---|---|---|
| Paula Andrea Orozco | saludpublica@santarosadecabal-risaralda.gov.co | N/A | Sub secretaria de salud y aseguramiento. |

**Anexos**: Registro fotográfico.













**Elaborado Por:** Equipo de Trabajo
**Revisado Por:** Representante de la Dirección
**Aprobado Por**: Comité de Calidad
**Fecha de Aprobación:** MARZO 9 de 2016
**Versión:** 3