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

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

FECHA: 2025-04-22

HORA: 3:35 pm

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

Coordinar capacitación sobre Fiebre Amarilla para AAT.

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

-Jacobo Bustamante

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Revisión de presentaciones para capacitación en FA.	Stefanny Londoño – Jacobo Bustamante

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

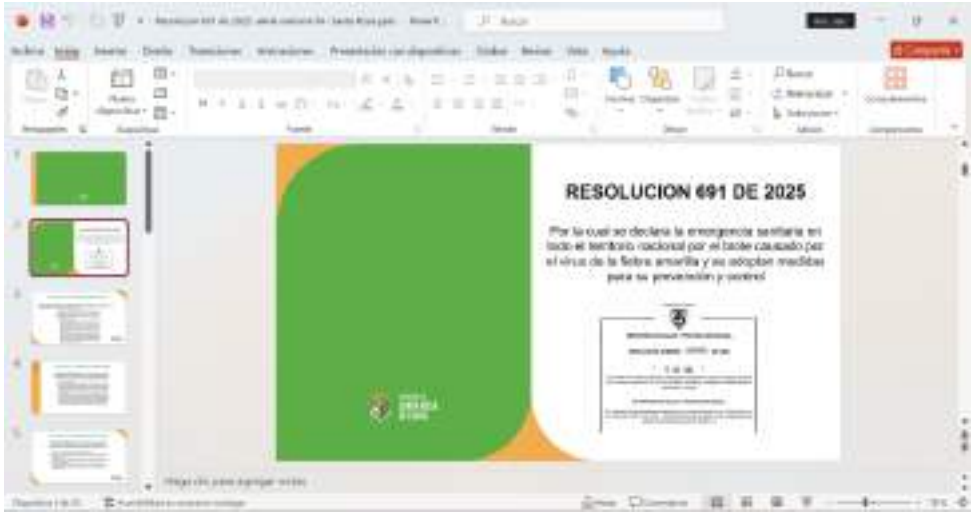
Se coordina con el Dr. Jacobo Bustamante reunión para revisión de presentaciones y ayudas pedagógicas, las cuales se van a exponer al personal asistencial de la IPS Clínica Santa Clara y ESE San Vicente de Paul, con el objetivo principal de socializar resolución 691 de 2025 y todo lo relacionado con diagnóstico, tratamiento y otros de Fiebre Amarilla.

Se tiene programado Asesoría y Asistencia Técnica para el día de mañana miércoles 23 de abril a las 11 am con la IPS Clínica Santa Clara y a las 12 m revisión de historias clínicas y protocolos.
Para el día jueves 24 de abril a la 7 am con la ESE San Vicente de Paul y a las 8 am revisión de historias clínicas y protocolos.

Para concluir se tiene una presentación en power point sobre resolución 691 de 2025 y un test más presentación sobre protocolo de Fiebre Amarilla







COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Realizar AAT a la IPS Clínica Santa Clara y ESE San Vicente de Paul	Paula Orozco	23-04-2025	24-04-2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-23

HORA: 11:00 am

LUGAR: IPS Clinica Santa Clara

OBJETIVO:

Realizar AAT en FA y auditorias de historia clínicas.

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

-Jacobo Bustamante

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	AAT en Fiebre Amarilla.	Stefanny Londoño – Jacobo Bustamante
2	Auditoria de HC y revisión de protocolos	Jacobo Bustamante

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Dando cumplimiento a citación por parte de la Secretaria de Salud Municipal a la IPS Clínica Santa Clara, se realiza desplazamiento a la institución el día de hoy 23 de abril de 2025, siendo las 11 am, se da inicio a la Asesoría y Asistencia Técnica en Fiebre Amarilla al personal administrativo y asistencial de la IPS.

Se inicia con saludo de bienvenida y presentación del primer tema por parte del Dr. Jacobo Bustamante, medico especialista de la secretaria de salud municipal, el cual es protocolos de Fiebre Amarilla, donde se encuentran una serie de preguntas sobre vector trasmisor, síntomas, ayudas diagnosticas y tratamiento, y posterior a cada pregunta se realiza la educación basada en los protocolos del MINSALUD e INS.

Se continua con presentación de resolución 691 de 2025, por parte de la enfermera Stefanny Londoño, la cual solo hace énfasis en las acciones de las IPS y muy en general sobre las acciones del municipio y de las EAPB`s.






COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Replicar información a personal asistencial de la IPS Clínica Santa Clara.	IPS Clínica Santa Clara	Abril de 2025	Mayo de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Listado de asistencia.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

ASISTENCIA A REUNIONES

DEPENDENCIA RESPONSABLE	Secretaria de Salud							Codigo	DEPPSZ0101P
TEMA:	AAT en Fiebre Amarilla							Fecha	
OBJETIVO:	Realizar AAT en fiebre amarilla a personal asistencial IPS Clinica Stacl							Versión	
FECHA	23-04-2025	HORA INICIO	11:00	HORA FINAL		LUGAR	IPS Clinica Sta Clara		

No	NOMBRE	DEPENDENCIA/ENTIDAD	CARGO	TELEFONO	FIRMA	OBSERVACIÓN
1	Maria Fernanda H.S	Clinica Santa clara	lider de Calidad.	3104082849.		
2	Stefanny Londoño Ruiz	Secretaria Salud	Enfermera	3104351922		
3	Laura Maria Rueda L.	Clinica Santa Clara	Enfermera	3218020717		
4	Olvio Jimena Ospina G	Clinica Santa Clara	Enfermera	3107300988		
5	Laura Vanessa Cardona	Clinica Santa clara	Enfermera	3233272486.		
6	Diana Felipe Franco	Clinica Santa Clara	Medico	3178956217		
7	Jessica Betancur	Secretaria de Salud.	Médico	3015514700		
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
15						
17						
18						
19						
20						

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DE
RISARALDA

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA: SALUD NUTRICIONAL
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

V1.2025

RUTA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES - DESNUTRICIÓN - I.P.S. E.S.E. - INSTRUMENTO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL
Seguimiento de la adherencia a la Resolución 2350 de 2023, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Empresas Sociales del Estado

OBJETIVO
El presente instrumento tiene por objeto realizar seguimiento de adherencia por las I.P.S. - E.S.E. a lo dispuesto por la Resolución 2350 de 2023 por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones"

A. DATOS GENERALES

Fecha de Visita:	21/04/2025	**Periodo de reporte:**	2025
Razón Social IPS, ESE:	ESE San Vicente Paúl		
Código Prestador:		**Nit:**	891480070-6
Dirección:	CARRERA 14 CALLE 20 Y 21	**Teléfonos:**	3146888
Asistente (cargo con el que asiste a la visita)	ENFERMERA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL		
Persona recibe visita:	ISABELLA SOTELO MARULANDA		

B. ITEMS DE SEGUIMIENTO TECNICO A LA ADHERENCIA A LA RESOLUCION 2350 DE 2023

1. **RESPONSABILIDADES I.P.S. - E.S.E.**

	ASPECTO	EVIDENCIA	HALLAZGOS	Calificación NC	P	C
1.1	Prestar los servicios de salud con **calidad y oportunidad**, mediante acciones para la población con el cual disponga, con metodologías de **atención extramural** en salud, que involucren **búsqueda activa comunitaria** para la detección temprana de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa.	Acta de SAC en cerdo infantil (Asesorías, Registro fotográfico de actividades en CC., cronograma PIC municipal	Se realizan por medio del PIC Municipal			1
1.2	Garantizar la prestación de servicios de salud con **enfoque diferencial** a los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda, moderada y severa, pertenecientes a la población indígena, implementando estrategias de **búsqueda activa, atención con amor** con la adhesión a tratamiento dentro de su entorno, usos y costumbres de esta población	Registro fotográfico	Atención extramural en población indígena el 14/04/2025			1
1.3	Garantizar en los grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios que brinde, la disponibilidad de **equipos antropométricos** para la toma de medidas antropométricas, según la edad. También deberá garantizar que dichos equipos sean objeto de mantenimiento y calibración periódica, lo que Fallará de soporte con la **hoja de vida** de estos, de acuerdo con la establecido en la **Resolución 2003 de 2014**, o la norma que la modifique o sustituya.	Se adjunta cronograma de mantenimiento y desarrollo, acorde de equipos de pediatría y hojas de vida de los equipos.	Todos los consultorios cuentan con equipos antropométricos, adicional cuentan con hojas de vida de equipos y certificado de mantenimiento y calibración			1

	ASPECTO	EVIDENCIA	HALLAZGOS	Calificación NC	P	C
1.4	Garantizar en los grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios que brinde, la **prescripción de la Fórmula Terapéutica F-75**, para la fase de estabilización y manejo hospitalario, y de la **Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo - FTLC**, para el manejo ambulatorio. Igualmente, deberá garantizar la **prescripción de los demás insumos** requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en el lineamiento contenido en el anexo técnico a que refiere esta resolución.	Documentar con entrega de FTLC, evidencia de FTLC	Contratar con farmacia autorizada la FTLC, con cantidad de 1/4 en numeros y unidades en letras, periodo de agosto.			11
1.5	Garantizar la **prescripción de la Fórmula Láctea de Inicio**, en el caso de niños menores de cero (0) meses con desnutrición aguda moderada o severa, sin posibilidad de ser amamantados, hasta que se cuente con los cereales de agarre, según lo establecido en el mencionado anexo técnico.	Revisar historia clínica, informe de auditoria en historial clínico del paciente, asesor con seguimiento en casos de desnutrición.	Contratar con casa un caso de menor de 6 meses Desnutrición Aguda Moderada, con reporte de FTL			1
1.6	Realizar el **seguimiento individual** a los niños de cero (0) a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada y severa, que sean declarados fuera del manejo ambulatorio o dado a consideración después de manejo hospitalario, según lo anexo técnico.	Revisar Libros de los ayudantes y notas con seguimiento de pacto	Contratar con 8 casos de DN			8
1.7	Realizar la **evaluación de la adherencia al tratamiento** nutricional con base en lo dispuesto en el anexo técnico, **dentro de los primeros siete (7) días** siguientes a la entrega del **plan de intervención con el correspondiente seguimiento**, para lo cual se deberán tener en cuenta los **indicadores de seguimiento y monitoreo**, establecidos en el lineamiento que hace parte integral de esta resolución.	Cronograma de auditorias de IVC, indicadores de la ETAPP y Cronograma con Matriz de Prolapso en 04-08-2025	Se realizo capacitamiento al personal asistencial y administrativo auditorias, entregas a las historias clínicas.			8
1.8	Realizar las acciones de **notificación** de sujetos en vulnerabilidad, de conformidad con los criterios definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del SIVIGILA, 113 y 348 y 592.	Tomar las fichas de 7 casos, en casa numero 4 han notificado de 2025.	Se realiza notificación según ocurren en SIVIGILA Web, todos los reportes reciben con el radicado de salida de SIVIGILA			8
1.9	Garantizar el **fortalecimiento técnico de capacidades** por parte del talento humano en salud, en la corresponsabilidad en la prevención que debe tener los acompañantes en niños de cero (0) a 59 meses, para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa, contenido en el anexo técnico de esta Ley resolución.	Registro fotográfico, listados de asistencia y plan tipo	Capacitaciones el 09-03-2025 en Resolución 2350 de 2023 con un total de 15 asistentes.			15
1.10	Garantizar y gestionar acciones de búsqueda, promoción, prevención y fortalecimiento en la Ruta de Desnutrición aguda en menores de 5 años, en espacios intersectoriales de seguridad y la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional.	No anexan actas de las visitas.	Participan en fortalecimiento y capacitaciones cada semana con temas desarrollados de desnutrición.			8

Scanned with CamScanner

8. 2. SEGUIMIENTO Y MONITOREO - AMBULATORIO

INDICADOR	Fórmula de cálculo	CIFRA	%
IPS-1 Ambulatorio. Identificación adecuada de casos (mensual) % casos DNT-A etiología 1a identificados de forma adecuada	No. Niños DNT-A identificados de forma adecuada / No. Niños DNT-A *100 =	100	1
IPS-2 Ambulatorio. Definición adecuada de escenario de manejo (mensual) % casos DNT-A con adecuada definición de escenario de manejo	No. Niños DNT-A, con adecuada definición de escenario / No. Niños DNT-A *100 =	100	1
IPS-3 Ambulatorio. Manejo adecuado (mensual) % Casos con adecuado manejo de la DNT-A.	No. Niños DNT-A, con adecuado manejo de la DNT-A / No. Niños DNT-A *100 =	100	1
IPS-4 Ambulatorio. Prescripción de FTLC (mensual) % casos DNT-A con prescripción de FTLC en MIPRES.	No. Niños con DNT-A con prescripción de FTLC en MIPRES / No. Niños con DNT-A manejados ambulatoriamente*100 =	100	1
IPS-5 Ambulatorio. Recuperación nutricional (mensual) % casos DNT-A que presentan recuperación nutricional	No. Niños con DNT-A identificados que presentan recuperación nutricional / No. Niños con DNT-A con manejo ambulatorio * 100 =	64,4808847	0.9
IPS-6A. Ambulatorio. Entrenamiento Profesionales por IPS (trimestral) % Profesionales Salud que atienden <5 años capacitados por la IPS en manejo de la DNT-A según Res_2350_20	No. Profesionales Salud que atienden <5 años capacitados por la IPS / No. Profesionales Salud que atienden <5 años por IPS *100 =	50	0.5
IPS-6B. Ambulatorio. Entrenamiento Profesionales por IPS (trimestral) % Profesionales Salud que atienden <5 años capacitados por la IPS en manejo de los Factores de Referencia según Res_2465_16	No. Profesionales Salud que atienden <5 años capacitados por la IPS / No. Profesionales Salud que atienden <5 años por IPS *100 =	50	0.5
IPS-7 Ambulatorio. Equipos Antropométricos adecuados (semestral) % Equipos Antropométricos que cumplen con Res_2465_16 o norma que la modifique o sustituya (por servicios), para atención de <5 años	No. Equipos Antropométricos disponibles por la IPS para atención <5 años que cumplen con Res_2465_16 o norma que modifique o sustituya / No. Equipos Antropométricos disponibles para atención de <5 años *100 =	100	1
IPS-8 Ambulatorio. Disposición de Formulas terapéuticas FTLC (mensual) Disposición de FTLC para la realización de prueba de apetito, acorde con la resolución de manejo de atención a la DNT-A	SI/NO	14	
IPS-9 Ambulatorio. Disposición de Formulas terapéuticas F-75 (mensual) Disposición de F-75 para la fase de estabilización de los niños en los que se define acompaña de manejo hospitalario	SI/NO	1	
	SUBTOTAL 2. SEGUIMIENTO Y MONITOREO - AMBULATORIO =		

9. 2. SEGUIMIENTO Y MONITOREO - HOSPITALARIO

INDICADOR	Fórmula de cálculo	CIFRA	%
IPS-1 Hospitalario. Identificación Adecuada de casos (mensual) % casos con DNT-A etiología primaria identificados de forma adecuada	No. Niños con DNT-A identificados de forma adecuada / No. Niños con DNT-A * 100 =	100	1
IPS-2 Hospitalario. Definición adecuada de escenario de manejo (mensual) % casos DNT-A con adecuada definición de escenario de manejo	No. Niños con DNT-A, con adecuada definición de Escenario Manejo / No. Niños con DNT-A * 100 =	100	1
IPS-3 Hospitalario. Manejo hospitalario adecuado (mensual) % casos DNT-A con adecuado manejo hospitalario DNT-A	No. Niños con DNT-A con adecuado manejo hospitalario DNT-A / No. Niños con DNT-A *100 =	100	1
IPS-4 Hospitalario. Prescripción de FTLC (mensual) % casos DNT-A con prescripción de FTLC en MIPRES	No. Niños con DNT-A, con prescripción de FTLC en MIPRES / No. Niños con DNT-A con manejo hospitalario * 100 =	0	0
IPS-5 Hospitalario. Administración de FTLC intrahospitalaria (mensual) % casos DNT-A con administración de FTLC intrahospitalario	No. Niños con DNT-A, con administración de FTLC durante hospitalización / No. Niños con DNT-A manejados hospitalario * 100 =	0	0
IPS-6 Hospitalario. Administración de F-75 intrahospitalaria (mensual) % casos DNT-A con administración de F-75	No. Niños DNT-A, con cumplimiento del procedimiento definido en el abecedario, de acuerdo con su estado / No. Niños DNT-A *100 =	100	1
IPS-7 Hospitalario. Profesionales entrenados por IPS (trimestral) % Profesionales de salud que atienden <5 años capacitados por la IPS en manejo de atención a la DNT-A.	No. Profesionales Salud que atienden niños <5 años, capacitados por la IPS / No. Profesionales Salud que atienden niños <5 años por IPS *100 =	50	0.5
IPS-8 Hospitalario. Equipos Antropométricos adecuados (semestral) % Equipos Antropométricos que cumplen con la normativa vigente para la atención de <5 años por servicio	No. Equipos Antropométricos disponibles por IPS para la atención de niños <5 años que cumplen con la normativa vigente (en palabras de valoración) / No. Equipos Antropométricos disponibles para la atención de niños <5 años *100	100	1
IPS-9 Hospitalario. Disposición de Formulas terapéuticas FTLC (mensual) Disposición de Formulas Terapéuticas para el manejo nutricional de la DNT-A acorde a normativa vigente: FTLC	Cantidad de FTLC disponible para el manejo de DNT-A =	14	
IPS-10 Hospitalario. Disposición de Formulas terapéuticas F-75 (mensual) Disposición de Formulas Terapéuticas para el manejo nutricional de la DNT-A acorde a normativa vigente: F-75	Cantidad de F-75 disponible para el manejo de DNT-A =	1	
INFORMACIÓN EVALUACIÓN/ INSTALACIONES	[illegible]	CIFRAS	%
Hospitalario. Infraestructura adecuada para la hospitalización	TOTAL HOGARES CUENTAN CON INFRAESTRUCTURA ADECUADA PARA LA HOSPITALIZACIÓN / TOTAL DE HOGARES QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN LA INSTITUCIÓN	0,28571429	1

Scanned with CamScanner

Hospitalario: Tener niños < 6 meses inscritos en el programa	TOTAL NIÑOS < 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA/ TOTAL NIÑOS < 6 MESES DE EDAD= % DE NIÑOS LACTANTES EN LA INSTITUCIÓN	N/A	

CRITERIO SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA CUMPLIMIENTO ESTRICTO RESOLUCIÓN 0283/2021 ITEM ANEXO 8

8 Seguimiento y monitoreo	EVIDENCIA	VALIDACIÓN	Calificación		
			NC	P	C
			0	1	2
8.1 Ficha de atención integral de lactancia materna, talento humano, consulta de control prenatal para orientación de lactancia materna, consejería, consultas de promoción y prevención sobre lactancia materna.	Lo mismo ahí lo	No cumplieron en historia clínica la educación sobre lactancia materna, vacunación y consultas de pre-			2
8.2 Instrumentos, insumos y dispositivos: Carné de salud infantil, instrumento de valoración de lactancia materna, modelos de pechos para educación en lactancia materna, modelos de instrumentos de extracción (bombas extractoras, jeringa calostro), modelos de consumentes para almacenamiento, Frascos de vidrio, bolsas de almacenamiento de leche	Registros fotográficos de modelos de pechos y folletos educativos	Implementan insumos y dispositivos para la educación en lactancia materna y adecuada lactancia	NC	P	C
			0	1	2
					2
8.3 Promover la realización, implementación y publicidad de alimentos de fórmulas. Sin publicidad dentro de la institución ni promoción, venta de fórmulas, chupetes, biberones, chancletas, muestras gratuitas, cupones.		No tienen que no cumplieron medidas en regional formulas lácteas.	NC	P	C
			0	1	2
					2
8.4 Educación para madre gestantes o lactantes, extracción de lactancia materna para la familia o cuidador, educación alimentaria para la madre y educación complementaria en alimentación niños < 1 año, realizar notificación obligatoria e inmediata de muerte en canal público	Capacitadas con educación y tenían las asistencia del 11 DIC 2023.	Realizan curso psicoprofiláctico cada 8 días.	NC	P	C
			0	1	2
					2

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA SALUD NUTRICIONAL
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

v1.2022

II. DATOS GENERALES

Fecha de Visita: 13/04/2023 **Periodo de revisión:** 2023

Razón Social IPS, ESE: E.S.E San Vicente Ppal

CALIFICACIÓN:

1. RESPONSABILIDADES IPS =

2. SEGUIMIENTO Y MONITOREO IPS =

3. LACTANCIA MATERNA

TOTAL

80	
10.0	
0	
90.0	

RESULTADO VISITA:

SATISFACTORIO

Recomendaciones para perfeccionamiento, (opcional)

OBSERVACIONES:

Cuentan con un EMSI compartido con la secretaria de salud departamental, dirigida a la subcita cupra a la secretaria de salud municipal. En visita del 11 de 11 de abril de 2023 también como hallazgo que a la fecha de hoy ya estan subsanados. No se dejan compromisos

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA: LANELA RESTREPO M	FIRMA: Yolanda Londoño R
NOMBRE: Paniela Restrepo	NOMBRE: Yolanda Londoño Ruiz
CEDULA: 1053321894	CEDULA: 1075226810
CARGO: Enf Epidemio.	CARGO: Enfermera contrato fijo
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CEDULA:	CEDULA:
CARGO:	CARGO:

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

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

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

FECHA: 2025-04-25

HORA: 11:00 am

LUGAR: ESE San Vicente de Paul

OBJETIVO:

Realizar AAT en FA y auditorias de historia clínicas.

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

-Jacobo Bustamante

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	AAT en Fiebre Amarilla.	Stefanny Londoño – Jacobo Bustamante
2	Auditoria de HC y revisión de protocolos	Jacobo Bustamante

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Dando cumplimiento a citación por parte de la Secretaria de Salud Municipal a la ESE San Vicente de Paul, se realiza desplazamiento a la institución el día de hoy 25 de abril de 2025, siendo las 7 am, se da inicio a la Asesoría y Asistencia Técnica en Fiebre Amarilla al personal administrativo y asistencial de la ESE SVP.

Se inicia con saludo de bienvenida y presentación del primer tema por parte del Dr. Jacobo Bustamante, medico especialista de la secretaria de salud municipal, el cual es protocolos de Fiebre Amarilla, donde se encuentran una serie de preguntas sobre vector trasmisor, síntomas, ayudas diagnosticas y tratamiento, y posterior a cada pregunta se realiza la educación basada en los protocolos del MINSALUD e INS.

Se continua con presentación de resolución 691 de 2025, por parte de la enfermera Stefanny Londoño, la cual solo hace énfasis en las acciones de las IPS/ESE y muy en general sobre las acciones del municipio y de las EAPB`s.









COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Replicar información a personal que no asistio el día de hoy.	ESE San Vicente de Paul	Abril de 2025	Mayo de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Listado de asistencia.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

ASISTENCIA A REUNIONES

DEPENDENCIA RESPONSABLE	Secretaria de Salud					Codigo	DEPPSZ0101P
TEMA:	AAT en Fiebre Amarilla y auditoria.					Fecha	
OBJETIVO:	Realizar capacitacion en FA y auditoria historia clinica y protocolos					Versión	
FECHA	24-04-2025	HORA INICIO	7am	HORA FINAL		LUGAR	ESE San Vicente de Paul

No	NOMBRE	DEPENDENCIA/ENTIDAD	CARGO	TELEFONO	FIRMA	OBSERVACIÓN
1	Stefany Londoño R.	S. Salud	Enfermera	3104351922	Stefany LR	
2	Angelo Alcalde U	HSVP	Medico	3215150626		
3	Martin Leon polo	HSVP	MEDICO	3205023007		
4	Ivan Soto	HSVP	Medico	3214197694		
5	Carlos Ramirez	HSVP	Medico	3213854436		
6	Miguel D. Valencia	HSVP	Medico Auditor	3137716763		
7	Alejandra Guerrero Revelo	HSVP	Urgen.	5734304150		
8	Santiago Rios Castillo	HSVP	Interno	3015388406		
9	Manuela Jimenez A	HSVP	Médico	3013655032	Manuela J.	
10	Juan Diego Soto Duque	UTP	Interno	3137139769	Juan Diego SD	
11	Gratian Alejandro Mendoza	UTP	Interno	3162881161		
12	Juan Steven Mera	HSVP	Medico	3137444408		
13	Diego Isabel Bedoya B	HSVP	Medico	3225824462		
14	DIEGO A VALENCIA	HSVP	MD	3225212723		
15	CARLOS H. MARIN CORREA	HSVP	MD	3053593462		
16	Ana Elena Arango	HSVP	MD	3146011800		
17	Hayerly Chaqua Ch	ESE HSVP	Enfermera	3117886472		
18	Juliana Ramos Ramirez	UTP	Interna	3165613965		
19	Yesmaly Gonzalez	HSVP	Medico	3107805564		
20	Adriana Chica	HSVP	Medico	312-2250094		
21	Mauricio Trujillo Castañeda	HSVP	Interno	3118881103		
	Francisco Gonzalez	HSVP	medicina UPM	3235815305		
	Liliana D. Muñoz	HSVP	med. auditor	3136581049		
	Roberto Urrea	HSVP	MDCE.	1662782		
	Danny Bermeo Mra	HSVP	MEDICO GI	3188840964		

Scanned with CamScanner

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

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

FECHA: 2025-04-16

HORA: 3 pm

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO TELEFONICO CASOS SIVIGILA

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Seguimiento telefónico casos SIVIGILA	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

El día de hoy, auxiliar de enfermería Tatiana Echeverry, solicita el apoyo para realizar seguimiento a cuatro casos los cuales fueron reportados en la semana epidemiológica 15.

Casos:

- Ca de mama o cérvix.
- Sífilis gestacional
- Morbilidad Materna extrema
- Desnutrición.

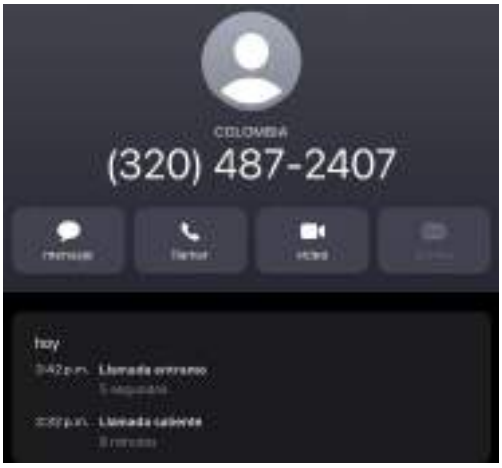


Se procede a realizar llamada telefónica a los números de contactos que registran donde solo fueron exitosas dos seguimientos con la siguiente información:

- Ca de mama o cérvix: MELO paciente indica que se encuentra en tratamiento en la liga contra el cáncer, tiene primera biopsia y le ordenaron una segunda biopsia.

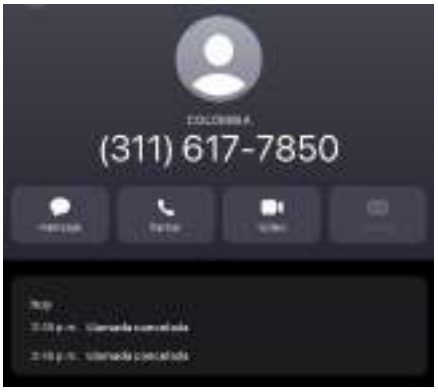
Necesita saber por qué le tomaron una segunda y tiene cita con mastólogo el 5 de mayo.

EPS Sura le ha autorizado todo, se encuentra muy angustiada por qué no le indicaron el por qué le hicieron un segundo estudio el cual se demora 30 días para el resultado.

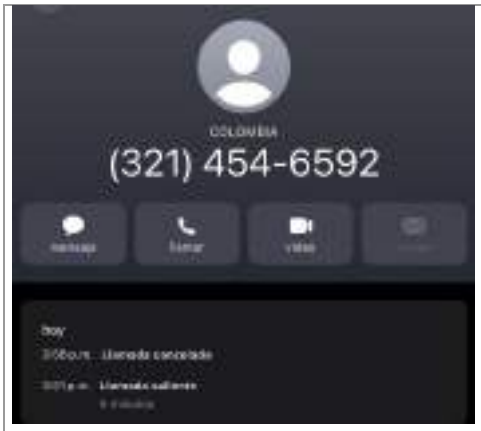


- Sífilis gestacional: repetido, paciente que la semana pasada se le realizo seguimiento efectivo vía telefónica.

- Morbilidad materna extrema: teléfono apagado o fuera de cobertura.



- Desnutrición: Mamá de la menor informa que la niña estuvo con diarrea, vomito y fiebre desde el miércoles, estuvo en urgencias jueves y viernes, autorizó la cita de nutrición y tiene cita para el 28 de abril a las 6:40. No le dieron fórmula, a la fecha sin recibir tratamiento. Le tomaron exámenes de sangre y coprológico en IDIME.



Se le notifica lo anterior a la auxiliar para que actualice DRIVE.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar realizando seguimiento a casos de SIVIGILA.	Stefanny Londoño Ruiz	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

FECHA: 2025-04-28

HORA: 2:00 pm

LUGAR: Virtual

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO TELEFONICO CASOS SIVIGILA

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Seguimiento telefónico casos SIVIGILA	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

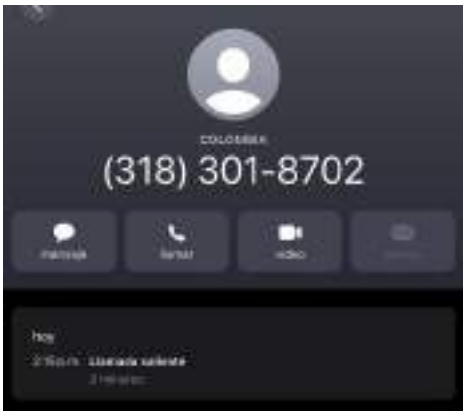
Me notifica la auxiliar de enfermería, Tatiana Echeverry, de unos pacientes que no ha logrado realizar seguimiento efectivo, por lo que envía nombre, teléfono y evento por el que esta reportado en SIVIGILA.



Por lo anterior se procede a realizar llamadas de seguimientos a los siguientes casos:

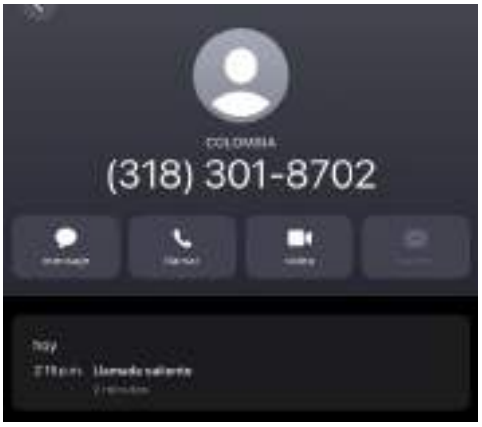
- Defectos congénitos: Hija de juliana Andrea Suarez Restrepo.

Mamá informa hospitalizada en Valle del Lili Cali, tiene 15 días de nacida, se encuentra en UCI cardiopediátrica por enfermedad coronaria. Le tomaron exámenes genéticos a espera de resultados. Parto atendido en Cali



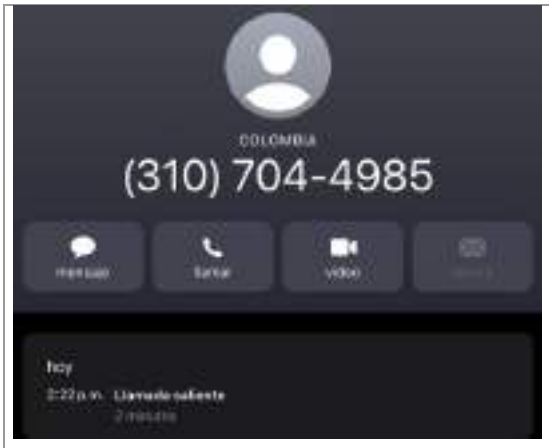
- Ca de mama o cérvix: Carolina Rico.

Está a la espera de cita con anestesiólogo para cirugía. Oncólogos había retardado el proceso, primeras órdenes a principio de marzo y a mitad de abril no habían asignado cita. Actualmente tiene órdenes para la liga contra el cáncer. Le han tomado mamografía, biopsia, RAM.



- Ca de mama o cérvix: Cindy Johana Valencia

Informa que todo el proceso se lo han hecho muy rápido. El día de mañana tienes cita con médico paliativo y el viernes cita con ginecólogo.



Se envía reporte a Tatiana, para que actualice DRIVE.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar realizando seguimientos a pacientes notificados en DRIVE.	Stefanny Londoño Ruiz	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: No se anexan registros.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-05-06

HORA: 5:00 pm

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO TELEFONICO 2 CASOS SIVIGILA

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Seguimiento telefónico dos casos SIVIGILA	Stefanny Londoño
2		

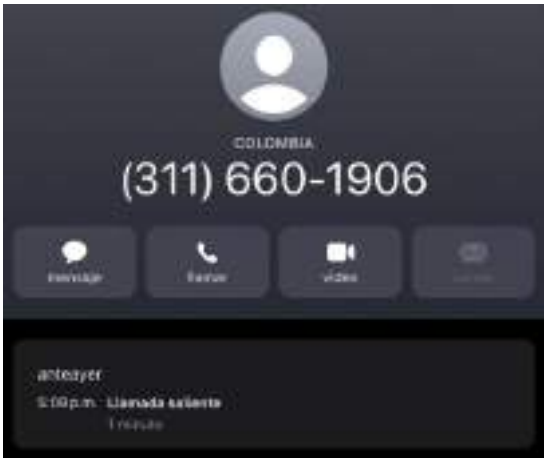
SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

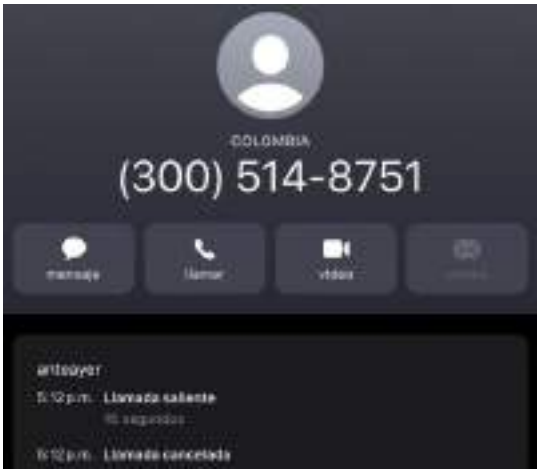
DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Se recibe notificación de auxiliar de enfermería Tatiana Echeverry, donde solicita apoyo para realizar llamada de seguimiento a un caso de Sífilis Gestacional y un caso de Bajo Peso.
Se procede a realizar llamada telefónica a los dos casos.

- Sífilis Gestacional: Jimena Arias 3116601906 donde informa “Me comunico con la paciente quien informa que está recibiendo tratamiento en la IPS clínica Santa Clara. Primera dosis de penicilina el día sábado y a su pareja sentimental le aplicaron la primera dosis el día de ayer lunes. Adicional informa haberme recibido educación sobre el tratamiento”.



- María Paz Duque 3005148751, donde me comunico con una persona quien refiere “Me han llamado varias veces y yo a esa señora no la conozco”. Teléfono equivocado.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar notificando en ChatBoot casos de la comunidad.	Stefanny Londoño R.	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-14

HORA: 11 am

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO TELEFONICO CASO DE PARALISIS FLACIDA

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Seguimiento telefónico caso de Parálisis Flácida	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Recibo notificación vía grupo de WhatsApp “Grupo vigilancia” por parte de la jefe Paula Orozco, donde notifica paciente infante reportada e SIVIGILA por Parálisis Flácida a la cual se le debe de realizar visita de campo y posterior realizar BAC.



Realizo seguimiento telefónico al numero 3234065211, donde me comunico con la mama de la menor de 3 años, donde informa lo siguiente:

“Informa que continúa hospitalizada en UCI del HUSJ con un Dx. de Guillan Barrer, está recibiendo tratamiento. Viven en la Vereda Fermín López, caserío La Ciega.

La menor consulto y estuvo hospitalizada inicialmente desde el sábado (05-04-2025) hasta el lunes (07-04-2025) y re consulto urgencias el día miércoles (09-04-2025) hasta el día de hoy.

En la casa no se encuentra nadie para recibir visita.

Posterior a esto, la jefe Paula Orozco realiza otras solicitudes e indicaciones.





Me comunico nuevamente con la mama de la menor para realizar otras preguntas y darle respuesta a la ESE San Vicente de Paul, los cuales son los encargados de realizar BAC.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Realizar visita para IEC en el HUSJ.	Stefanny Londoño Ruiz	15-04-2025	16-04-2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: No se anexan documentos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-15

HORA: 3 pm

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO TELEFONICO PARALISIS FLACIDA

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Seguimiento telefónico parálisis flácida	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Dando continuidad al seguimiento del caso de la menor MGV la cual esta reportada en SIVIGILA por sospecha de Parálisis Flácida la cual se encuentra en hospitaliza en cuidados intermedios del Hospital Universitario San Jorge.

Me comunico con la mama de la menor a la cual se le realiza las preguntas del formato de Investigación Epidemiológica de Campo, el cual fue enviado por la secretaria de salud departamental, programa de infancia enfermera Geraldine León.



INTERVENCIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA
FORMATO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO

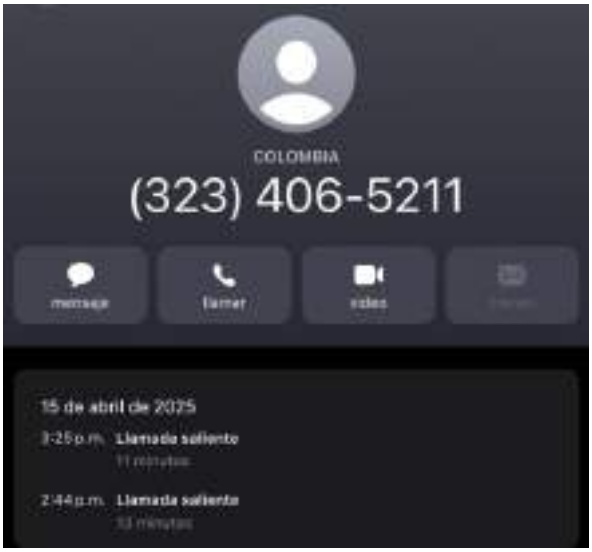
PARALISIS FLACIDA (FICHA 356)

DATOS GENERALES DEL CASO PROBABLE

DATOS DEL CUIDADOR



Se anexa registro de llamadas.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Realizar visita de campo en HUSJ	Stefanny Londoño Ruiz	16-04-2025	16-04-2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Se anexa Excel " IEC Parálisis Flácida Abril 2025"

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

INTERVENCIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
FORMATO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO*

PARALISIS FLACIDA (FICHA 610)

DATOS GENERALES DEL CASO PROBABLE

Nombres y apellidos	Mariangel Gil Valencia	**Fecha de investigación**	15-abr-25			
Indentificacion	1091281289	**Departamento de procedencia**	Risaralda			
Departamento de residencia	Risaralda	**Municipio residencia**	Santa Rosa de Cabal			
Departamento de procedencia	Risaralda	**Municipio procedencia**	Santa Rosa de Cabal			
Sexo	Femenino	**Condicion final del caso**	Vivo	**Hospitalizacion**	Si X NO___	UCI Pediátrica
Edad	3 años	**Aseguradora**	AsmetSalud			
Direccion	Vereda Fermin Lopez	**Es trabajador de salud?**	No			
Telefono	3234065211	**Pertenece a una etnia?**	Cual?	Ninguna		

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre y Apellidos	Ludi Yineth Valencia Garcia	Dirección	Vereda Fermin Lopez, caserio La Ciega
Identificación	CC: 1093226758	Parentesco	Madre
Teléfono	3234065211	¿Vive el cuidador en la misma casa del caso probable?	Si

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda	Propia: X	Cemento: X	Numero de personas que viven en la vivienda	**Menos de 2**			
	Albergue			**2 a 5**	5		
	Otro			**>6**			
Numero de hogares en la vivienda	1	1 Familia	Servicios publicos de la vivienda	**Recolaccion de basuras**	No.		
	2 a 5			**Alcantarillado**	Si:		
	> 6			**Energia**	Si: X NO:___		
				Pisos de tierra	Cemento		

HABITANTES DEL HOGAR

Nombre y Apellidos	Tipo y numero documento	Edad	Sexo	Ocupacion	Regimen aseguramiento	EAPB	Parentesco
Mariangel Gil Valencia	RC:	3	F	Infante	Subsidiado	AsmetSalud	Paciente
Ludi Yineth Valencia Garcia	CC:1093226758	28	F	Ama de casa	Subsidiado	AsmetSalud	Madre
Leonardo Fabio Gil Tabares	CC:18523721	39	M	Empleado de pasabocas Paty	Subsidiado	AsmetSalud	Padre
Esmeralda Gil Valencia	TI: 1091278094	9	F	Estudia	Subsidiado	AsmetSalud	Hermana
Maximiliano Gil Valencia		5	M	Estudia	Subsidiado	AsmetSalud	Hermano

VISITANTES PERMANENTES DEL HOGAR (FAMILIA)

Nombre y Apellidos	Tipo y numero documento	Edad	Sexo	Ocupacion	Regimen aseguramiento	EAPB	Parentesco

ANTECEDENTES

Caso indentificado por	Consulta externa		Tipo de vacuna	**DPT**	SI		
	Urgencias			**Pentavalente**	SI		
	Hospitalizacion	X		**TadP**	No		
	Busqueda comunitaria		Fecha ultima dosis	**Dosis de los 18 meses:**			
Dosis de vacuna aplicada	Ninguna		Antecedente materno TdaP	**En los 3 embarazos**		**No**	
	Una		Fecha ultima dosis TdaP	**Desconocido**			
	Dos		Semana de gestacion aplicación TdaP	**Desconocido**			
	Tres						
	Primer refuerzo						
	Segundo refuerzo						

DATOS CLINICOS

Infeccion respiratoria	NO	**X**	Cianosis	**No**			
Etapa enfermedad	Catarral	**N/A**	Vomito postusivo	**No**			
	Paroxistica	**N/A**	Complicaciones	**Cuales?**			
	Convaleciente		Tipo complicacion	**Convulsiones**	No		
Tos	**No**			**Atelectasias**	No		
Duracion de la Tos (dias)	**0**			**Neumotorax**	No		
Tos paroxistica	**No**			**Neumonia**	No		
Estridor	**No**						
Apnea	**No**			**Otro, Cual?**			

TRATAMIENTO

Tratamiento antibiotico	Si						
	No	x					
Tipo antibiotico							
2025	Llava hospitalizada desde el 09-04-2025 que fue remitido de ESE San Vicente de Paul.		En que dia de la enfermedad se inicio tratamiento				

DATOS DE TOMA DE MUESTRA Y LABORATORIO

Por qué le practican la Toman de la Muestra			Para diagnostico				
Fecha de la consulta	04-04-2025 en ESE San Vicente de Paul		Fecha de resultado				
Fecha de toma de muestra:			Resultado	**Positivo**			
Tipo de Muestra	Hisopado nasofaringeo			**Negativo**			
	Aspiradonasofaringeo			**Borderline**			
	Suero			**Inadecuado**			
	Tejido			**No procesado**			
	Lavado bronquial		Observación:				

ANTECEDENTES RELEVANTES

Aislamiento domiciliario:	No			**Periodo de Aislamiento:**	Actualmente
Hospitalizado	Si				
Fecha de hospitalización	09/04/2025	**Nombre de la Clinica u Hospital:** E.S.E Hospital Universitario San Jorge **N/A**			
Diagnostico de Hospitalizacion	Sospecha de Guillan Barrer	**Observación: A espera de ser confirmado.**			
Servicio de Hospitalizacion	UCI Pediatrica	**Observación: Con acompañante permanente**			
Fecha de egreso de hospitalización:	Aún se encuentra en UCI pediátrica	**Observación:** No			
Condicion final	Vivo hasta el momento de la IEC			**Fecha de defunción:**	N/A

Madre de la menor refiere que el 04 de abril consulto urgencias de santa rosa donde le aplicaron medicamdento para la fiebre y le dieron egreso. El dia 05 de abril a la madrugada a las 3 am, vovlio a ingresar a urgencias del hospital local y alli fue remitida a HUSJ para toma de ecografia, ingreso al HUSJ a la 1 pm, alli le tomaron examanes de sangre, aplicarle medicamentos, le tomaron ecografica, hasta el dia lunes 07 de abril, le dan egreso pese a que la mama refiere que la menor se encontraba sin contacto visual, sin moverse, no recibia comida. Vuelve a consultar urgencias el miercoles 09 de abril en hospital local, donde alli ingresan 7:30 pm y en triage la vio el medico y de manera inmediata dio orden de remision, llego nuevamente al HUSJ antes de la media noche, alli nuevamente le toman examanes y la dejan hospitalizada por sospecha de Guillan Barrer. A la fecha se encuentra en UCI Pediatrica intermedios, a noche la pasaron del servicio de "criticos" para intermedios", se encuentra en la cama 04. Esta recibiendo tratamiento con medicamento en vena y alimentacion parenteral (sonda). Ya esta movilizando extremidades, mas no se sienta ni habla. Esta pendiente de una RM bajo sedacion, cita para el jueves a las 7 am.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

PREGUNTAS PARA INDENTIFICAR CONTACTOS	FACTORES PROTECTORES
¿Ha tenido contacto con personas de alto riesgo? • ¿Tiene síntomas de gripa (congestión nasal, estornudo)? • ¿Cuándo iniciaron los síntomas? • ¿Tiene tos? ¿Cuándo comenzó? Describa la tos. • ¿Tiene episodios de tos en los cuales siente que no puede parar? ¿Durante la noche tiene episodios de tos o ésta empeora? • ¿Siente como si se estuviera asfixiando y no puede respirar? • ¿Vomita después de toser? • ¿Hay otras personas con tos en su casa (clase, equipo, grupo extracurricular, sitio de trabajo, amigos cercanos o compañeros de juego)? • ¿Hace cuánto tiempo está tosiendo? • ¿Cómo es la tos?	• Vacunacion de menores de 5 años y gestantes a partoir de la semana 26 de gestacion Limpieza y desinfección diaria de las Zonas Comunes de la vivienda • Aplicar de manera constante un correcto lavado de manos • Aislamiento en el interior del hogar de sintomaticos

ACTIVIDADES EDUCATIVAS

* Evitar contacto con personas con episodios de Infección Respiratoria Aguda (IRA), en las medidas de higiene y lavado de manos frecuentes de los cuidadores que participan en el cuidado del menor de 3 meses, así como sobre las ventajas de la inmunización y los peligros de padecer la enfermedad e importancia de la vacunación oportuna.
* Evitar la exposición de los lactantes y otros sujetos de alto riesgo de adquirir tos ferina
* Mantener aislamiento de pacientes sintomaticos hasta concluir tratamiento
* La prevención se basa sobre todo en dos pilares: la quimioprofilaxis de los contactos del caso índice y la vacunación
* Vacunacion de gestantes a partir de la semana 26 de gestacion con TdaP

Nombre del Responsable	Stefanny Londoño Ruiz - Enfermera						
Entidad	Secretaria de Salud Municipal						
Departamento	Risaralda						
Municipio	Pereira						

VISITA DE CAMPO

Datos Generales del paciente:	
Nombre:	MARIANGEL GIL VALENCIA
Número de identificación:	1091281289
Edad:	3 AÑOS
Sexo:	FEMENINO
Afiliación al sistema de salud:	ASMET SALUD
Ocupación:	

Motivo de la visita:	
¿Quién reporto la enfermedad?	HUSJ
¿Cuál es el diagnostico o sospecha de la enfermedad?	SOSPECHA DE GUILLAN BARRER
¿Cuándo se diagnosticó la enfermedad?	JUEVES 10 DE ABRIL NOCHE
¿Fecha de inicio de los síntomas?	04 DE ABRIL DE 2025
¿Qué síntomas ha presentado?	FIEBRE, DAÑO DE ESTOMAGO, VOMITO Y DOLOR ABDOMINAL
¿Cuánto tiempo lleva con los síntomas?	03-04-2025

Antecedentes Clínicos:	
¿Tiene enfermedades crónicas? ¿cual?	SI ___ NO __X____
¿Recibe medicamentos? ¿Cuál?: En UCI por orden medica	SI __X_ NO _____
¿Cuentas con esquema de vacunación? Anexar carnet de vacunas (si aplica)	SI _x__ NO _____

Scanned with CamScanner

Vivienda y condiciones sanitarias:	
Tipo de vivienda:	Material: __x__ Esterilla: ____
¿Número de habitantes?	5 personas
¿Cuenta con servicios de saneamiento básico?	Agua, energía y gas de pipa
¿Presencia de vectores en el hogar?	No
¿Como es la higiene del hogar?	Limpia
¿Ha viajado recientemente a dónde?	No
¿Alguien de la familia ha viajado recientemente a dónde?	No
¿Ha estado en contacto con alguna persona enferma con síntomas similares?	Vecinos con síntomas (enseguida de la casa), en la vereda
¿Hay otros miembros del hogar con síntomas?	Los hermanos con síntomas hasta el día martes 08-04- 2025 y la hermana mayor hasta el domingo 13-04-2025
¿Tiene mascotas en casa?	Si, perro con vacunas al día.

Contactos y convivientes:	
¿Cuántas personas viven en la casa?	5
¿Alguien más presenta síntomas similares?	No, a la fecha de la llamada no
¿Algún conviviente pertenece a grupos vulnerables (niños, ancianos, embarazadas)?	Niños en total 3 con la paciente.
¿Condiciones de ventilación e iluminación?	Adecuadas
¿Han tenido visitas recientes o viajado a zonas endémicas?	No
¿Uso de mosquiteros o repelentes (si aplica	No

Scanned with CamScanner

para enfermedades como dengue, malaria)?	

Medidas Preventivas:	
¿Conoce la enfermedad?	No, solo le han dicho que una bacteria que afecta los tendones.
¿Ha recibido información sobre medidas de prevención?	No
¿Qué medidas de prevención ha implementado?	Ninguna, se encuentra en la UCI del HUSJ
¿Uso de tapabocas, lavado de manos, aislamiento?	No tapabocas, si lavado de manos y no aislamiento.

Apoyo Social:	
¿Tiene acceso a servicios de salud?	Si
¿Recibe apoyo de alguna institución o entidad?	No
¿Ha recibido apoyo social o emocional?	No, a la mama no le han dado apoyo emocional, a la menor si la ha visitado el psicólogo.
¿Cuenta con redes de apoyo (familia, vecinos)?	Si, familia y vecinos.

Percepción del Paciente/Familia:	
¿Ha recibido visitas previas de personal de salud?	No, solo secretaria de salud de santa rosa.
¿Han recibido información sobre la enfermedad?	Muy básica.
¿Qué dudas tiene sobre la enfermedad o su manejo?	Desea saber de que da la enfermedad.

Scanned with CamScanner

Recomendaciones:

Informar sobre signos de alarma:
Paciente que se encuentra hospitalizada en servicio de UCI Pediátrica en el Hospital Universitario San Jorge.

Medidas de aislamiento si es necesario:
Se encuentra sin medidas de aislamiento.

Instrucciones sobre el cumplimiento del tratamiento:
Bajo tratamiento médico, supervisado por personal de la UCI Pediátrica del Hospital Universitario San Jorge.

Próxima visita o canal de comunicación con los servicios de salud:
Cuando le den egreso hospitalario.

Ludi Yineth Valencia G.
Ludi Yineth Valencia Garcia
Firma paciente:
CC: 1093226758

Stefanny Londoño R.
Stefanny Londoño Ruiz
Firma contratista
CC: 1093226840

Scanned with CamScanner

Se dep 1 tobo UC
cuidado en tabond

4

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
HOJA DE KARDEX – UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

FECHA: 29/02/20
PÁGINA 1 DE 2

NOMBRE: Mariangel Gil Valencia EDAD: 30m FECHA DE INGRESO: 11/04/25
ID: 1091281259 ESPECIALIDAD:
TELÉFONO FAMILIAR: PESO: 12K S. CORPORAL 0.55m2 TALLA: 95cm






RIESGO DE

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

1. Dx parálisis flácida
2. Dx Guillain Barre
3. IRA hipercapnica
4. debilidad de la musculatu
5. Riesgo de DUT
6.

INSERCION DE DISPOSITIVOS M. DICOS/ INTERVENCION ENFERMER

Q6H
PII rep cth qcq
recoger FIM may gastro

DISPOSITIVO MEDICO	FECHA DE INSERCIÓN	SEGUIMIENTO	SEGUIM			
Acceso venoso central						
Catéter Mahurkar						
Catéter/presión picco						
Drenales SNG	11-04-25	MS Sondo #10 15 cm				
Intubación orotraqueal						
Línea arterial						
Sonda vesical						
Traqueostomía						

TARJETA DE MEDICAMENTOS

FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORA DIA	HORA NOCHE	FECHA SUSPEN	NOMBRE DE QUIEN REVISA
11-04	DEX 5% 90gts 500ml				45cc/h	C.p	11-04
11-04	Levetiracetam	10mg	IV		24	en AM	x 5 DIAS
12-04	Acetaminofen	500	VO	12 - 18	24 - 6	A necesidad	
12-04	Pantoprazol	40mg	IV	10 - 18	0 - 2	12-04-2025	

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

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

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

FECHA: 2025-04-30

HORA: 5:30 pm

LUGAR: Virtual

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO TELEFONICO CASO DE PAROTIDITIS

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño Ruiz

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Seguimiento telefónico caso de Parotiditis	Stefanny Londoño Ruiz

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

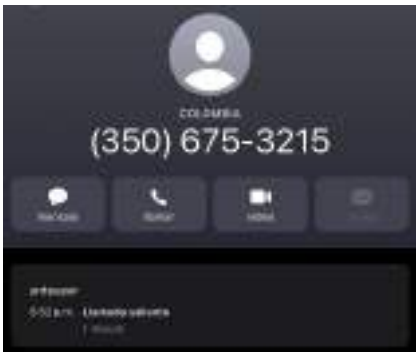
Auxiliar de enfermería Tatiana Echeverry realiza notificación de caso reportado en SIVIGILA de “Parotiditis”, paciente Gregoria Isabel Idárraga, con numero de contacto 3506753215.



Se procede a realizar llamada de seguimiento, donde logro comunicarme con la paciente quien refiere lo siguiente:

"Paciente que informa parotiditis descartada sólo tiene una glándula salival inflamada el día sábado 6:20 de la mañana tuvo cita con medicina general quien ordenó antibiótico y a la fecha de hoy se encuentra desinfla mando y muy bien de salud niega complicaciones"

Se notifica a la auxiliar de enfermería Tatiana, para que actualice DRIVE de casos SIVILA año 2025.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar realizando seguimiento a casos de interés en salud pública.	Stefanny Londoño	Marzo 2025	Diciembre 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad, según reporte de casos.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-05-07

HORA: 9:30 am

LUGAR: Jardin Araucarias

OBJETIVO:

SEGUIMIENTO CASO DE VARICELA

ASISTENTES:

- Todo el territorio nacional.

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Seguimiento caso de Varicela	Stefanny Londoño y Tatiana Echeverry

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

El día de hoy se realiza desplazamiento al Jardín Araucarias, donde nos recibe la enfermera Diana Jaramillo, a quien se le indaga sobre caso confirmado de varicela de la menor Guadalupe Cuartas Buitrago la cual estudia en la institución en párvulos A.

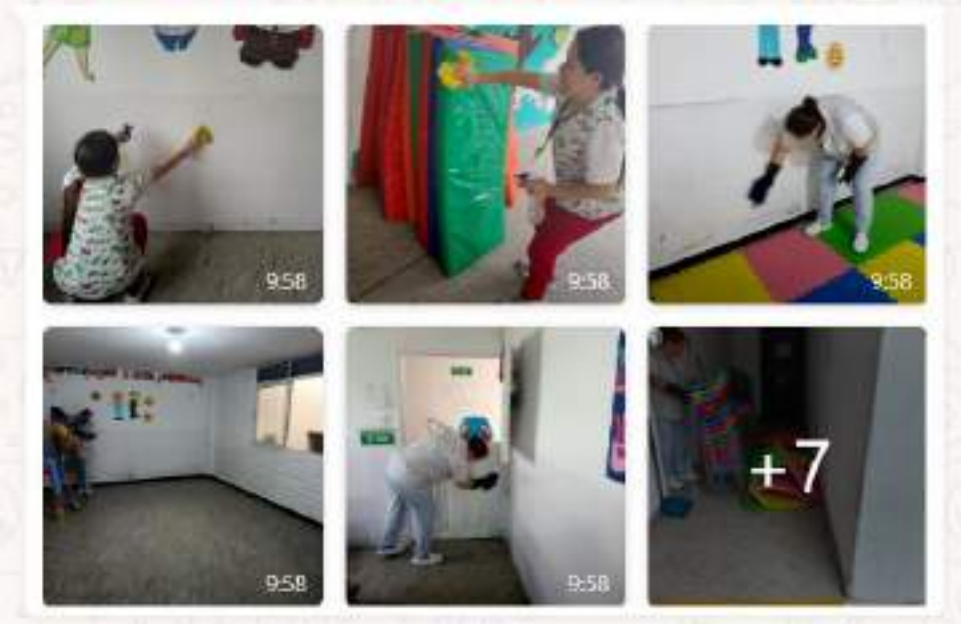
Enfermera Diana informa que indago con la mama quien refiere inicio de síntomas el 01 de mayo, tiene copia de historia clínica donde dan incapacidad por 21 días según lineamento del INS.

Se indaga sobre mas menores con síntomas donde refiere que un menor en sala cuna con sintomatología, inicio de síntomas el lunes 05 de mayo, se le indico consultar en urgencias a la fecha no ha reportado la mama la consulta de urgencias, menor que no acude a la institución desde el lunes 05 de mayo, el cual si tuvo contacto con compañeros.

Se realiza llamada de seguimiento por parte de la Enfermera Diana, quien indica que la mama del menor informo que el día de hoy consulto urgencias y descartaron varicela, se le solicito copia de HC.

Se indaga sobre síntomas en menores de párvulos A, quien indica que hasta la fecha no han reportado inasistencias ni niños con síntomas y en sala cuna tampoco.

Se solicita evidencias sobre acciones realizadas en relación a desinfección de las áreas donde tuvieron contacto con la menor.





Adicional reporta dos casos de Sx de Coxsackie, en grado pre párvulos. Quien informa que han realizado educación a padres de familia en síntomas y divulgación de descripción de la enfermedad y medidas preventivas.

Se brinda educación en síntomas y signos de alarma para varicela y de síndrome de coxsackie, medidas a realizar en relación a desinfección de áreas comunes, juguetes y demás utensilios de la institución.







COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Informar sin presentan mas casos en la Institucion	Diana Jaramillo	07-05-2025	Diciembre 2025.

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Según indicaciones de la Enfermera Paula Orozco.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Listado de asistencia

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

ASISTENCIA A REUNIONES

DEPENDENCIA RESPONSABLE	Secretaria de Salud							Codigo	DEPPSZ0101P
TEMA:	Seguimiento caso Varicela							Fecha	
OBJETIVO:								Versión	
FECHA	7-05-2025	HORA INICIO	9:30	HORA FINAL	10:30	LUGAR	Jardin Infantil Araucanos.		

No	NOMBRE	DEPENDENCIA/ENTIDAD	CARGO	TELEFONO	FIRMA	OBSERVACIÓN
1	Diana Jaramillo	Hogar Infantil Araucarios	Enfermera.	3207511698	Diana Jaramillo	
2	Tatiana Echeverry	Sec Salud	Aux Enfermeria	3132690751	Tatiana E.	
3	Stefanny Londoño Ruz	S.S.M	Enfermera	3104361922	Stefanny L R	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
15						
17						
18						
19						
20						

Scanned with CamScanner

Documento técnico N° 3
Entrevista familiar

ENTREVISTA FAMILIAR Mortalidad perinatal y neonatal **DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA**	
Fecha y hora de inicio de la entrevista (hora militar): |2 |0 |2 |5| |O |5 | |0 |8 | |9 | | |30| | año mes día hora minutos	
Se registrará el día, mes, año y hora en que inició la entrevista. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12. *Se deben registrar los códigos de cada mes, día, hora y minutos en dos dígitos y el año deberá anotarse con cuatro dígitos.*	
1.	**Departamento:** Risaralda
	Registrar el nombre del departamento en donde se realiza la entrevista.
2.	**Municipio:** Santa Rosa de Cabal
	Registrar el nombre del municipio en donde se realiza la entrevista.
3.	**¿Cuál era su parentesco o relación con el menor fallecido (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?** (PUEDE SER MÁS DE UNA OPCIÓN).

Parentesco/ Relación	Apellidos y Nombres	Teléfono(s)
Madre	Yuliana Hurtado Montes	3234048412
Padre		
Hermana		
Hermano		
Tía		
Tío		
Prima		
Primo		
Abuela		
Abuelo		
Otro (especificar)		

Especificar núcleo familiar:
Papa, mama, hermano, cuñada y sobrina.

Registrar el (los) número (s) telefónico (s) en el cual se le pueda ubicar a la persona entrevistada; si no tuviese, indagar sobre algún vecino, amigo o pariente quien

	disponga de teléfono.		
DATOS DE LA MADRE			
En esta primera parte se pregunta acerca de datos generales del menor fallecido			
4.	**Apellidos y nombres de la madre:** Yuliana Hurtado Montes		
	Se debe registrar los apellidos y nombres completos de la madre del menor fallecido.		
5.	**Tipo de identificación de la madre** Marcar con una X	Registro civil Tarjeta de Identidad (madre) Cedula de ciudadanía(madre) Sin identificación	 X
6.	**Número de identificación de la madre** |1|0 |9 3|2 1|7 8|9 |9		
7.	**Fecha de nacimiento de la madre** |2_|0_|0_7|_| |1_|1| |10|_| **Edad: 17** año mes día		
8.	**¿Madre del menor en condición de vulnerabilidad?**	Habitante de la calle	
		Población adolescente	X
		Persona con discapacidad	
		Desmovilizados	
		Desplazados	
		Población en centros psiquiátricos	
		Población migratoria	
		Población en centros carcelarios	
		Otro:_____	
		No aplica	
9.	**Estado civil de la madre del menor fallecido**	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	
		No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	
		Está separada / divorciada	
		Esta viuda	
		Esta soltera	X
		Está casada	
		No sabe	
10.	**Años de escolaridad que aprobó la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el	Pre-escolar	
		Básica primaria	
		Básica secundaria	X
		Media académica o clásica	
		Media técnica	

	nombre de la persona)	Normalista	
		Técnica profesional	
		Tecnológica	
		Profesional	
		Especialización	
		Maestría	
		Doctorado	
		Ninguno	
		No sabe	
		Años de estudios aprobados: | | |	
11.	*Anotar en la casilla correspondiente, los años de estudios aprobados en el máximo nivel alcanzado que tiene la madre del menor fallecido. Ejemplo si terminó el 6to. grado, arriba se debe marcar el número 3 y en años de estudio aprobados, marcar: | 10 | |. Si completó el 11 grado, arriba marcar el número 4 si es educación académica o el número 5 si es educación técnica, y en años de estudio aprobados marcar |0 | 6 |. Se considera básica primaria hasta el grado 5, básica secundaria hasta el grado 9 y media académica o técnica hasta el grado 11.*		
12.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **sabe leer y escribir?**	Si	X
		No	
		Solo leer	
		Solo escribir	
		No sabe	
13.	**Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es menor de 20 años y no esta escolarizada ¿esto fue a causa de su embarazo?**	Si	X
		No	
		No sabe	
	Esta pregunta aplica, sí la madre del menor fallecido e menor de 20 años.		
14.	**De acuerdo a la cultura pueblo o rasgos físicos, la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es o se reconoce como:**	Indígena	
		ROM	
		Raizal (San Andrés y Providencia)	
		Palenquera (San Basilio)	
		Negra, mulata, afrocolombiana o afro descendiente	
		Ninguno de los anteriores	x
		No sabe	
15.	**¿Qué ocupación u oficio tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en los últimos 6 meses?**	Ver listado de ocupaciones DANE Estudiante	
16.	**Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la	Formal	
		Informal	

	persona) **está vinculada laboralmente de una manera:**	No sabe	
17.	**¿Qué tipo de aseguramiento al sistema de salud tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Contributivo	
		Subsidiado	X
		Excepción	
		Especial	
		No afiliada	
18.	**¿Cuál es el nombre de la aseguradora?** Asmetsalud		
	Anotar el nombre de la Empresa Administradora de planes de beneficio o Promotora de Salud (EAPB o EPS).		
19.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tenía conocimiento de que podía consultar a los servicios de salud y recibir atención médica por su estado de embarazo, parto o puerperio?**	Si	X
		No	
		No sabe	
	Si la respuesta es **no** especifique:		
20.	**¿Qué religión práctica la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Católica Romana	X
		Cristiana no evangélica	
		Evangélica	
		Testigo de Jehová	
		Otra:	
		Ninguna	
		No sabe	
21.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿es cabeza de familia? (Tiene personas a su cargo)**	Si	
		No	X
		No sabe	
22.	**Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto o puerperio ¿realizó alguna de las siguientes prácticas?** Puede seleccionar más de una opción.	Masajes abdominales por personal no calificado para cambiar la posición del bebe.	
		Uso de misoprostol sin prescripción ni supervisión médica para inducir o acelerar el trabajo de parto.	
		Uso de yerbas u otros métodos para provocar un aborto en condiciones inseguras.	
		Otra: _____	
		No realizó ninguna	X
		No sabe	

	Ampliar su respuesta: Se realizo baños medicinales con hojas de arracacha por 9 dias para sacar fríos.		
FAMILIA			
23.	**Las decisiones tomadas en la familia dependen de:**	La madre del menor fallecido.	
		El padre del menor fallecido	
		La madre del menor fallecido y su cónyuge.	
		La abuela del menor fallecido.	
		El abuelo del menor fallecido.	
		Los padres del menor fallecido	
		Otros miembros de la familia.	X
		No sabe	
Las preguntas 23, 24 y 25 aplican, sí la entrevista es realizada a dos o más personas.			
24.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tiene alguno de los siguientes antecedentes con relación a violencia o maltrato:** Puede seleccionar más de una opción. Si la respuesta es No aplica pase a la pregunta 25.	Haber establecido denuncia(s) ante una autoridad por Violencia intrafamiliar.	
		Haber asistido a instituciones de salud por recibir agresiones físicas y/o sicológicas.	
		Otro:_____	
		No aplica (no fue víctima de violencia ni maltrato)	X
		No sabe	
25.	**¿Conoce usted si la madre del menor fallecido o el menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, parto o puerperio, especifíquela:** Puede seleccionar más de una opción. Si la respuesta es Ninguna pase a la pregunta 26	Violencia física	
		Maltrato verbal	
		Violencia sexual	
		Abandono	
		Otra:	
		Ninguna	X
		No sabe	
26.	**¿El embarazo de la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue producto de una violación?**	Si	
		No	X
		No sabe	
27.	**El ingreso mensual promedio del núcleo familiar es de:**	$ 1.400.000	
		No sabe	
28.	**Cuantas personas dependen de este ingreso**	Número de personas |0 |6 |	

Se puede considerar que cada persona o familia necesita un ingreso mínimo para poder adquirir los bienes y servicios esenciales.
Este ingreso mínimo depende de los precios que haya en cada país para una canasta determinada de bienes y servicios.
La forma más sencilla ha sido considerar que cada persona necesita por lo menos dos dólares diarios para vivir dignamente (una convención internacional). DNP 2011: aprox.
5.800 pesos/día
174.000 pesos/mes
696.000 pesos/mes para una familia de 4 personas

29.	**¿Durante la entrevista se evidencia alguna de las siguientes falencias en relación con condiciones de la vivienda y saneamiento básico?** Puede seleccionar más de una opción.	Vivienda sin servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, gas).	
		Hacinamiento.	X
		Proliferación de vectores (roedores e insectos). Presencia de basuras	X
		Ninguna.	
		No se tiene acceso a la vivienda	

COMUNIDAD

30.	**¿Cuánto tiempo calcula usted que se demoraba la madre del menor fallecido,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **para llegar al servicio de salud más cercano y que medio de transporte utilizaba?** Escriba el número de minutos, horas o días que se demora la persona en llegar al servicio de salud más cercano y el medio de transporte utilizado: a pie, en bus, etc.)	10 minutos _____horas _____ días medio de transporte a pie _____minutos horas _____ días medio de transporte _____ _____minutos _____horas _____ días medio de transporte _____

En esta pregunta, si responde en días, llenar la casilla correspondiente a días, si responde en horas, anotar en la casilla correspondiente a horas y si responde en minutos, anotar en la casilla correspondiente a minutos. Al final anote el medio de transporte utilizado.

31.	**Calcule cuánto dinero le costaban estos desplazamientos a la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)	Valor en pesos: 12.000 20.000 No sabe _____ No Aplica:_____

32.	**Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto, puerperio o complicación del recién nacido necesitó ayuda de una red de apoyo (Comités de salud comunitarios, Asociación de mujeres, Juntas de acción comunal, entre otras) pudo acceder a ella?**	Si	
		No	x
		No existen redes sociales de apoyo	
		No necesitó ayuda	
		No sabe	
33.	**Durante la complicación que llevo a la muerte al menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tuvo acceso a medios de comunicación (telefonía celular, radio teléfono, entre otros) para pedir ayuda (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros).**	Si tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna	X
		Si tuvo acceso y no obtuvo respuesta.	
		Si tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna.	
		No tuvo acceso a ningún medio de comunicación.	
		No aplica	
		No sabe	

ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LA MADRE DEL MENOR FALLECIDO

34.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tenía algún problema de salud antes de quedar embarazada?** Si es NO pase a la pregunta 36	Si	
		No	X
		No sabe	
35.	**Especifique**	Tuberculosis	
		Diabetes	
		Hipertensión arterial	
		Enfermedades del tracto urinario	
		Cáncer	
		Malaria	
		VIH	
		Enfermedades cardíacas	
		Enfermedades psiquiátricas	
		Antecedentes quirúrgicos	
		Hábitos y adicciones	
		Antecedentes de violencia intrafamiliar	

		Antecedentes de abuso sexual	
		Otro ¿Cuál?	
	Especifique (Amplíe la información si considera necesario)		
36.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud?**	Si	
		No	
		No aplica	X
		No sabe	
37.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **realizó consulta preconcepcional?**	Si	
		No	X
		No sabe	
	Se pregunta por consulta preconcepcional del embarazo relacionado con la muerte		
38.	**En total, ¿cuántos gestaciones ha tenido la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en su vida, excluyendo el relacionado con el caso? (escriba el número)** Si la respuesta es cero pase a la pregunta 47	3	
39.	**¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número)	0	
40.	**Del total de hijos vivos, ¿cuántos de ellos siguen vivos?** (escriba el número)	0	
41.	**¿Cuántos hijos muertos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo los de la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número)	1	
42.	**¿Cuántos partos vaginales ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación del caso?** (escriba el número)	1	
43.	**¿Cuántos abortos ha tenido la madre del menor fallecido?** (escriba el número)	2	
44.	**¿Cuántas cesáreas ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo la gestación relacionada con el caso?** (escriba el número)	0	
45.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona**) tuvo algún problema de salud en alguno de los embarazos anteriores al relacionado con la muerte de este último?** Si la respuesta es No, No aplica o No sabe, pase a la pregunta 47	Si	
		No	x
		No aplica	
		No sabe	
46.	Especifique	Diabetes	
		Hipertensión arterial	
		Problemas cardíacos	
		Problemas renales	
		Otros	
		¿Cuál?	

	Especifique		
47.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema durante el embarazo anterior al relacionado con la muerte de este último?**	Si	
		No	
		No aplica	x
		No sabe	
48.	¿**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **estaba planificando para no quedar embarazada?** Si la Respuesta es Si pase a la pregunta 48, Si es No, pase a pregunta 49.	Si	x
		No	
		No sabe	
	Indagar sobre planificación familiar		
49.	**¿Con qué estaba planificando?** *Anotar el método de planificación familiar, puede anotar más de uno si la mujer usaba varios métodos. (DIU: Dispositivo intrauterino)*	Hormonal oral	
		Hormonal inyectable	
		Hormonal transdérmico Implante	X
		DIU medicado	
		DIU no medicado	
		Ligadura de trompas	
		Barrera	
		Métodos Naturales	
		Folclóricos	
		No sabe	
50.	**¿Por qué no estaba planificando?** Cualquier respuesta pase a la pregunta 50.	Por creencias religiosas	
		Oposición del compañero u otro familiar	
		No quería, porque estaba buscando la gestación	
		No lo consideraba importante	
		No tuvo acceso	
		Otra,	
		¿Cuál?_____	
		No aplica	X
		No sabe	
51.	**La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en algún momento pensó en interrumpir su embarazo**	Si pensó en interrumpir su embarazo y solicitó el procedimiento.	
		Si pensó en interrumpir su embarazo, pero no solicitó el procedimiento.	
		No pensó en interrumpir su embarazo	X

	por violación, malformación congénita o riesgo para su vida o su salud?	No sabe	

DATOS DEL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE (ÚLTIMO EMBARAZO)

52.	**Cuando la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **quedó embarazada, ella:**	Quería embarazarse en ese tiempo	
		Quería esperar un poco más para embarazarse	X
		No quería embarazarse	
		No sabe	
	Indagar sobre embarazo deseado o no deseado		
53.	**¿Hizo control prenatal?** Si es No, pase a la pregunta 57. Si es No sabe, pase a la pregunta 58	Si	X
		No	
		No sabe	
	Si respondió que hizo el control prenatal en este embarazo, preguntar cuántos controles hizo (si es posible, pedir que le muestren el carnet de atención) y anotarlos en la pregunta 37; si respondió que no, pasar a la pregunta 39; si respondió que "no sabe" pasar a la pregunta 40.		

54. Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde realizó el control prenatal

Nombre de la institución	Municipio	Departamento
1.E.S.E Hospital San Vicente de Paul	Santa Rosa de Cabal	Risaralda
2. E.S.E Hospital Universitario San Jorge	Pereira	Risaralda

55.	¿**Quiénes la atendieron durante el control prenatal?** (Puede seleccionar múltiples opciones)	Médico general	x
		Médico especialista	x
		Enfermera	x
		Promotor de salud	
		Partera empírica	
		Enfermera Obstetriz	
		Otro, especifique	
		No sabe	
56.	**¿A cuántos controles prenatales asistió la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Numero 10 No asistió_____	

	Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 57		
	Anotar a cuántos controles prenatales acudió la madre del menor fallecido*.*		
57.	**¿A qué edad gestacional inicio el control prenatal la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?	Semanas de gestación |5__|__| No sabe o no se acuerda |__|	
	Anotar a las cuantas semanas de gestación inicio el control prenatal la madre del menor fallecido*.*		
58.	**¿Por qué no asistió al control prenatal o dejó de asistir a alguna cita?** (Selección múltiple)	Es lejano el sitio de atención	
		Porque no le dieron permiso en el trabajo	
		Por falta de recursos económicos	
		Por experiencias negativas con el servicio de salud	
		Porque no lo consideró importante	
		El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo	
		El servicio de salud está cerrado	
		Problemas de orden público	
		Otro, especifique	
		No aplica	x
		No sabe	
	Si la madre del menor fallecido *no hizo control prenatal anotar la razón por la que no lo hizo. Si la mujer fallecida si hizo control prenatal, pero faltó a una o más citas, anotar la razón por la que faltó.*		

SEÑALES DE ALERTA DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE DEL MENOR FALLECIDO

59.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió instrucciones o recomendaciones para el reconocimiento de señales de alerta y el cuidado de su embarazo?** Si la respuesta es No o No sabe, pase a la pregunta	Si	x
		No	
		No Sabe	
60.	*Encierre en un círculo el código que corresponda.*		
61.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **siguió estas instrucciones?**	Si	x
		No	
		No aplica	

		No Sabe	
	Encierre en un círculo el código que corresponda.		
62.	**¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **estuvo hospitalizada o requirió atención por urgencias durante el embarazo?** Si la respuesta es No o No sabe pase a la pregunta 62	Si	X
		No	
		No sabe	
	Encierre en un círculo el código que corresponda.		

63. Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde recibió asistencia médica durante el embarazo, parto/cesárea, atención del recién nacido relacionado con la muerte (diferente al control prenatal: hospitalizaciones y/o atenciones por urgencias)

Nombre de la institución	Municipio	Departamento
1.E.S.E Hospital San Vicente de Paul	Santa Rosa de Cabal	Risaralda
2. E.S.E Hospital Universitario San Jorge	Pereira	Risaralda
3.		

Anote el nombre de cada institución de salud y el municipio

DATOS DE LA MORTALIDAD PERINATAL O NEONATAL TARDIA

64. **¿En qué fecha ocurrió el parto o cesárea?**

1 | 8		0 | 4		2 | 0 | 2 | 5
día		mes		año

No sabe o no se acuerda | |

Indague la fecha. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12. Se deben registrar los códigos de cada mes y día.

65.	**¿Quién atendió el parto?**	Médico general	X
		Médico especialista	X
		Enfermera	X
		Promotor de salud	
		Partera empírica	
		Enfermera Obstetriz	X
		Médico general	
		Otro, especifique	
		No sabe	
66.	***Sitio del parto:***	Domicilio	
		Institución ¿Cuál? HUSJ	
67.	¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzó el problema (o los síntomas iniciales), que provocaron la muerte del menor (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la		

	persona si lo tiene)? |__|__| |__0|2| |__|__| |__|__| meses días horas minutos No sabe o no se acuerda | | *En esta pregunta, calcule el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el momento de la muerte. Solo utilice una unidad de tiempo: meses o días u horas o minutos.*			
68.	**¿Quién/es la atendieron en el momento de la complicación que llevo al menor** (preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **a la muerte?** Selección múltiple	Médico general		X
		Médico especialista		X
		Enfermera		X
		Auxiliar de enfermería		X
		Partera		
		Curandero		
		Familiar/ vecino		
		Nadie la atendió		
		Otro, ¿quién? _____		
		No sabe		
	En esta pregunta se indaga sobre la (s) persona (s) que atendieron a la madre del menor *antes de su muerte. En caso de marcar la opción otro, especifique quien.*			
69.	**¿Dónde ocurrió la muerte?**	Baja complejidad		
		Mediana complejidad		
		Alta complejidad		X
		UCI		
		Traslado interinstitucional		
		Traslado domicilio-IPS		
		Domicilio		
		Otro, cual:		
		No sabe		
70.	**¿Consideraba la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que su problema de salud era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?**	Sí		X
		No		
		No sabe		
71.	**¿Consideraban los familiares del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que el problema de salud de la madre era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?**	Sí		X
		No		
		No sabe		
72.	**¿Decidieron buscar ayuda médica debido al problema de salud de la madre del menor fallecido?**	Sí		X
		No		
		No sabe		
73.	**Si no buscó/ buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es**	El 15-04-2025 consulto urgencias por que no se movia el bebe,le realizaron monitoreo por 40 min		

	fueron la razón/es? *Puede seleccionar más de una opción.*	Falta de confianza en el centro de salud / hospital		
		Temor por haberse hecho un aborto		
		Falta de dinero para transportarse		
		Tener que pagar la atención		
		Falta de medio de transporte en ese momento		
		Lejanía del centro de salud/hospital		
		Problemas de orden público		
		Oposición familiar		
		Otra: (especifique		
		No sabe		
		No aplica		
74.	**Cuando le(s) informaron sobre el fallecimiento del menor,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿Le(s) explicaron por qué razón había muerto?**		Si	X
			No	
			No sabe	
	Amplíe su respuesta: Circular de cordon y bebe meconiado.			
75.	**Condición final del producto de la gestación**	Muerte fetal (murió en útero y no nació)		X
		Durante el parto		
		Nació vivo pero murió antes de cumplir 7 días de vida		
		Nació vivo pero murió después de la primera sem de vida		
		No sabe		

76. Describa los hechos y las causas que llevaron a la muerte del menor:

El 15-04-2025 (martes) consulto urgencias porque no se movía el bebe, le realizaron monitoreo por 40 min, la madre de la paciente fue a buscar el personal de salud por que la maquina estaba pitando, le colocan SSN y posterior a eso le realizan nuevo monitoreo con 3 movimientos en 20 min, le dan salida a las 12 pm.

Llega a la casa donde la mama de la paciente indaga porque no la remitieron a Pereira, paciente informa que la médica le dijo que por que se había movido el bebe. Durante toda la noche no sintió al bebe,

16-04-2025, fue al último control prenatal a las 11 am, donde se escuchaba FR fetal normal, le ordena otro monitoreo donde se escuchaba desaceleraciones marcadas en monitoreo (el reporte se quedó en HUSJ). Se lo llevan a la Dra. Sandra Martínez quien traslado a urgencias, donde fue valorada por un medico quien solo registro HC, no realizo examen físico (refiere una demora de 30 min aproximado para ser valorada por medico de urgencias), le colocaron acceso venoso y oxigeno (refiere mas de 30 min de espera en ambulancia para que acudiera médico para desplazamiento a HUSJ).

Llegan a Pereira a las 2:30 pm, donde es trasladada al área de ginecología, donde realizan ecografía y se visualiza mortinato.

Le indicaron que, para futuras gestaciones, era mejor parto natural, donde proceden a inducir parto, parto vaginal el día 18-04-2025 a las 12:30 pm.

Le dieron egreso el día 19-04-2025 con inserción de implante sub dérmico, ordenes de enoxaparina y cavergolina.

	DATOS DE CIERRE DE LA ENTREVISTA
77.	Sr. (Sra.) Entrevistador (a): en este espacio anote los comentarios que considere importantes y no hayan sido cubiertos con las preguntas anteriores.

78.	Apellidos, Nombres - cargo e institución de la (s) persona (s) que realiza (n) la entrevista familiar		
	Apellidos y nombres	Cargo	Institución
	Stefanny Londoño Ruiz	Enfermera contratista	Secretaria de Salud
	Veronica Alejandra Valencia Mejia	Auxiliar de enfermera	Secretaria de Salud
79.	Fecha y hora de finalización de la entrevista: | 0 |8 | |0 |5 | | 2|0 |2 5| | |1 |1 | |0|0| día mes año hora minutos		
	Se debe anotar la fecha de finalización de la entrevista, completando todas las casillas; día, mes, año y hora.		





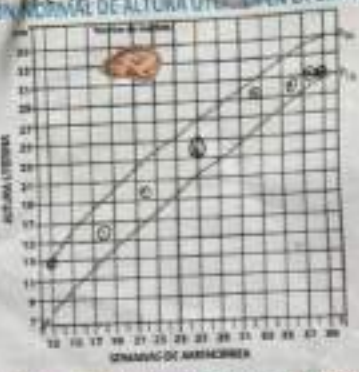


Minsalud

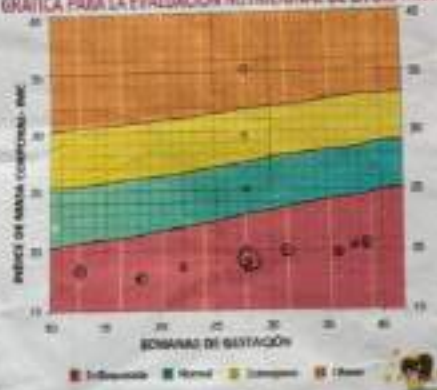
La salud es de todos

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

PATRÓN NACIONAL DE ALTURA UTERINA EN LA GESTANTE



GRÁFICA PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA GESTANTE



Usted debe recibir atención inmediata en una institución de salud al presentar:

- Dolor o ardor en la boca del estómago
- Salida de sangre o líquido por los genitales.
- Hinchazón (edema) en los tobillos, las piernas, las manos o la cara
- Fiebre o escalofríos
- Dolor de cabeza continuo, con candelillas o lucecitas o siente un pito o ruido permanente en los oídos.
- Señales de comienzo de parto, cualquiera que sea el tiempo de embarazo.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.



CONTROL POST-PARTO	CONTROL RECIÉN NACIDO	
	FECHA PROGRAMADA A LA SEMANA	FECHA PROGRAMADA AL MES
	/ /	/ /

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

FECHA	EXAMEN	RESUTADO
22-08-2024		
30-09-2024		
13-09-2024		
15-10-2024		

ATENCIÓN POR ODONTOLOGÍA

FECHA	ACTIVIDAD	RESULTADO
20-11-2024		
26-11-2024		
28-11-2024		
19-12-2024		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

FECHA	RESULTADO (EG-PEF-Placenta-ILA)
16-01-2025	
28-01-2025	
03-02-2025	
09-01-2025	

Si usted va a tener a su bebé en nuestra institución, recuerde:

Presentarse en el servicio de urgencias cuando inicie el trabajo de parto y traiga consigo:

- El documento de identidad y este carné, pijama, papel higiénico, jabón de baño, toalla para el cuerpo, cepillo de dientes, crema dental, ropa interior, toallas higiénicas maternas, chancletas, desodorante y demás objetos de uso personal. Presentarse bien bañada, uñas cortas y sin esmalte, no traiga joyas ni dinero en cantidad (durante su hospitalización no lo va a necesitar)

Para el bebé:

- Pañales desechables (4), camisitas (2), saquitos (2), gorro (1), cobija (1), medias (2 pares)

CARNÉ PRENATAL

Código:	MSN_DE_001_FOR_013
Versión:	1
Vigencia:	06/0/2023

RUTA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta sea lo más pronto posible.



Además de cumplir con sus citas y recomendaciones y tenga en cuenta las siguientes actividades:

- Controles Programados.
- Atención por Odontología.
- Asesoría en Prevención del VIH/SIDA.
- Curso Psicoprofiláctico (jueves 2:00 p.m. a 3:00 p.m.)
- Taller Alto Riesgo Obstétrico (jueves 3:00 p.m. a 4:00 p.m.)

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo (a). Llévelo con usted en todo momento y entréguelo al equipo de salud cuando requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo (a).

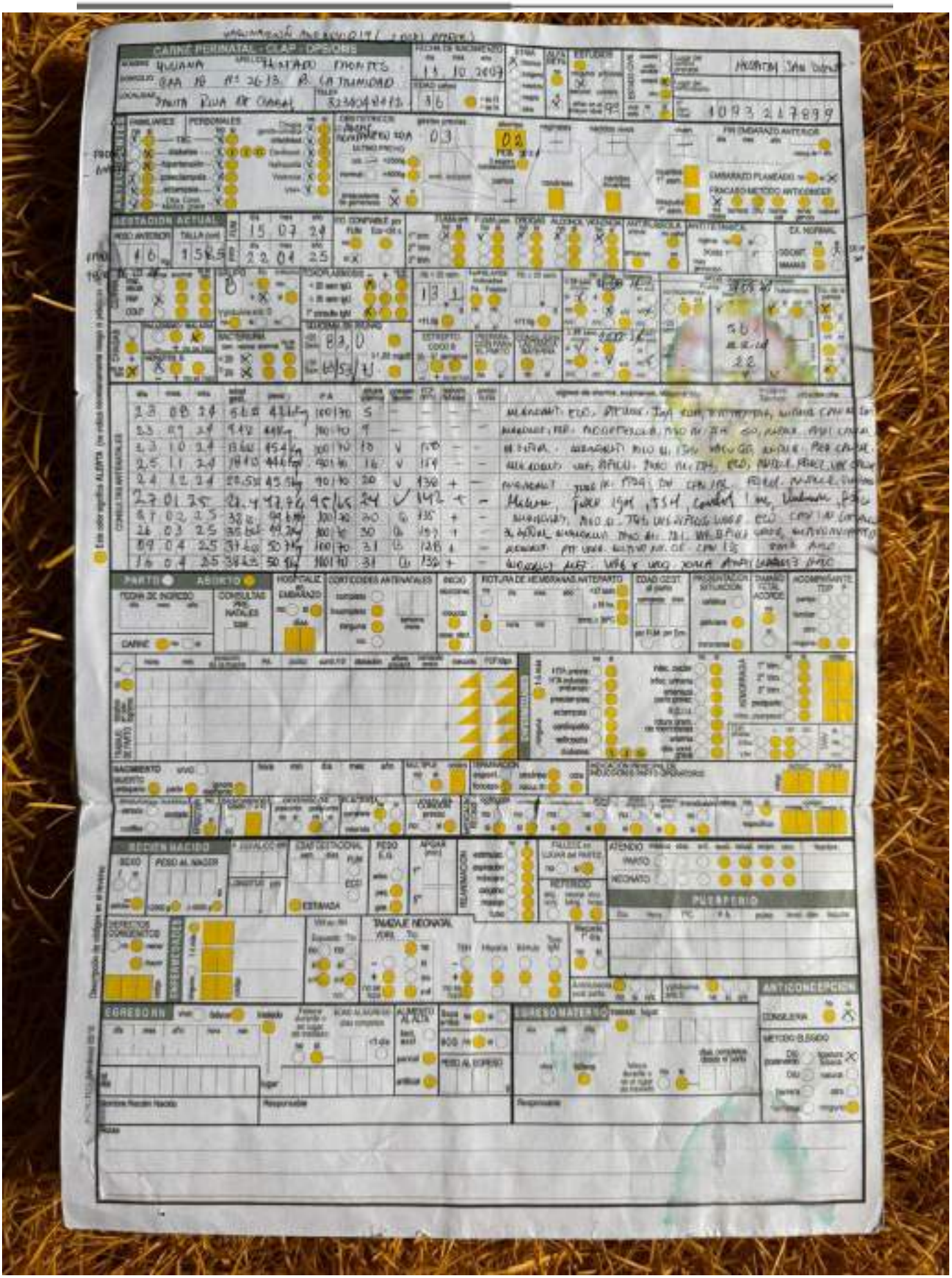
EL PROGRAMA PRENATAL TE DA LA BIENVENIDA

Nombres y Apellidos de la Mamá	
YULIANA HUSTADO PACHES	
Número Documento de Identidad	
TI 1093217899	
Dirección	**Teléfono**
CRA 19 N° 26-13 B LA [illegible]	323 401 80 12
Nombre del Acompañante	**Teléfono**
MARIA CLAUDIA PACHES (MADRE)	311 6196423

NOTA: Comuníquese al 365 88 88 ext. 259 para resolver sus inquietudes o cancelar una cita

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido cada vez que ingrese a zonas de riesgo.

Conservelo

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yuliana

Apellidos: Hurtado Monte

1093213899

11 10 200

VACUNACION

04 12 14 2331 VSOS 140

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUTO
VACUNACION
SANTA ROSA DE CABAL

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

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

FECHA: 2025-04-16

HORA: 8:30 pm

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

REPORTE DE CASOS COLECTIVOS EN CHAT BOOT

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Reporte de casos colectivos en Chat Boot	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

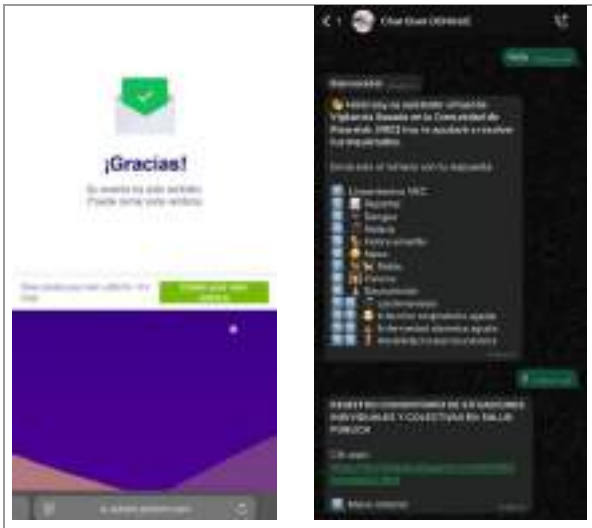
El día de hoy, posterior a revisión de casos de SIVIGILA año 2025, se encuentra un aumento de casos de varicela en el municipio, especialmente en la Comuna I, barrios de La Hermosa, por lo que se le notifica a la sub secretaria de salud publica y aseguramiento, la cual indica que se notique en Chat Boot como vigilancia basada en la comunidad.

Enero → 4 casos

Febrero → 9 casos

Marzo → 15 casos.

Por lo anterior se realiza notificación de aumento de casos de varicela en link de Chat Boot y se marca como casos colectivos.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar realizando reporte de casos en Chat Boot para VBC	Stefanny Londoño Ruiz	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-30

HORA: 2:00 pm

LUGAR: Auditorio Comfamiliar

OBJETIVO:

CONOCIMIENTOS BASICOS VBC

ASISTENTES:

- Personal administrativo de ICBF
- Secretaria de Salud de Santa Rosa

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Conocimientos básicos VBC	Stefanny Londoño Ruiz

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Para el día de hoy se tenía programado espacio de capacitación con grupo de madres comunitarias del ICBF, pero el día de hoy se reunieron solamente personal del área administrativa, por lo anterior se realiza una socialización de la estrategia de Vigilancia Basada en la Comunidad con los siguientes puntos:

Definición:

Es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades para que agentes comunitarios identifiquen y gestionen potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios del país y poblaciones de interés especial, para ser valoradas y verificadas por un actor de la vigilancia basada en indicadores.

Situación de interés en salud pública:

Es un conjunto de potenciales eventos o factores relacionados con estos hechos. La vigilancia basada en comunidad puede detectar señales de diferentes situaciones de interés en salud pública.



Reporte comunitario:

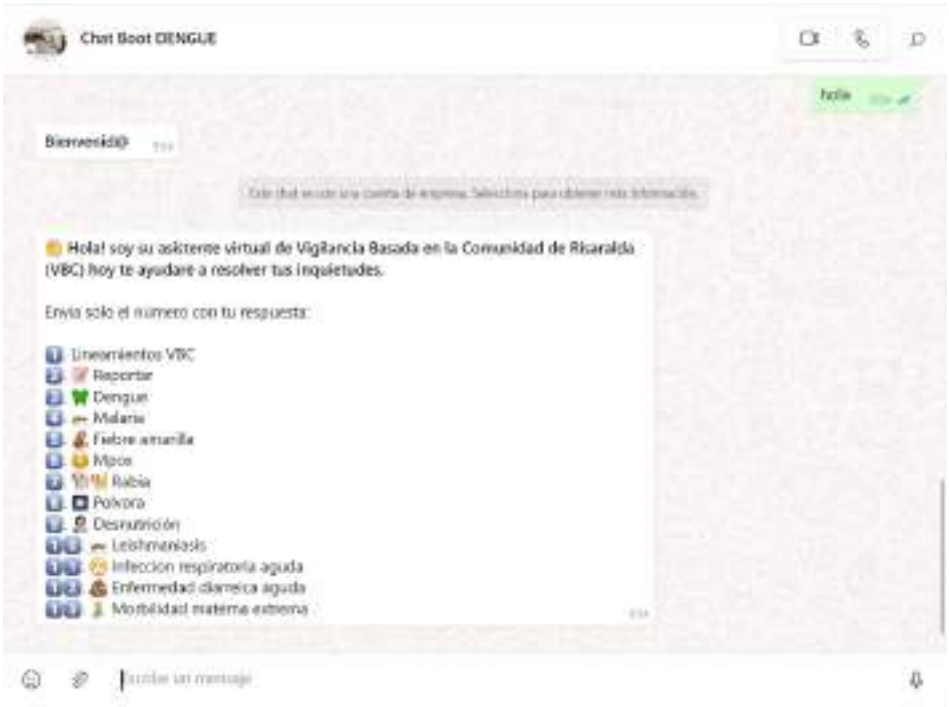
Los miembros de la comunidad (vigías y gestores), reportan a las entidades territoriales de salud municipales situaciones de interés en salud pública, mediante mecanismos organizados de reporte, que incluyan información básica de: persona, tiempo y lugar.



Situaciones de interés en salud pública:

- Fenómenos naturales.
- Fenómenos sociales.
- Situaciones en animales.
- Síndromes.
- Casos específicos.
- Conglomerados.
- Muertes en comunidad.

Finalmente se da a conocer mecanismo de notificación mediante ChatBoot y el paso a paso para notificar.













COMPROMISOS (Si los hay):

Concertar reunión con madres comunitarias para capacitacion en VBC.

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Concertar reunión con coordinadora de madres comunitarias.	Paula Orozco	Mayo 2025	Mayo 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Se concertará fecha de capacitación con coordinadora de grupo de madres comunitarias del ICBF.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Se anexa listado de asistencia.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-05-06

HORA: 3:30 pm

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

Notificación de caso en ChatBoot

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Notificación de caso en ChatBoot	Stefanny Londoño
2		

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

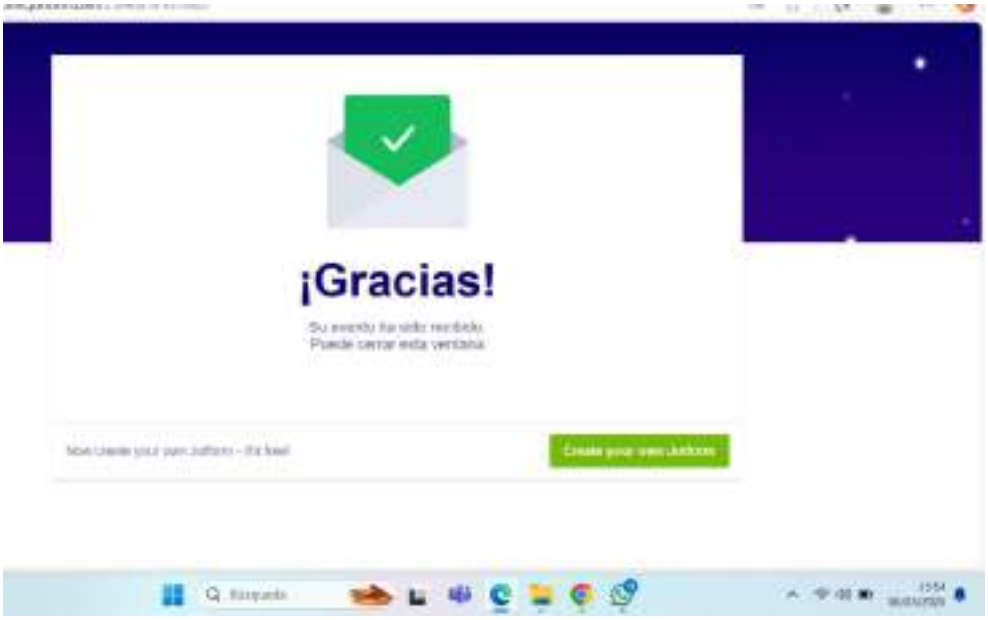
No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Se realiza notificación de caso de varicela en menor que estudia en jardín infantil araucarias en ChatBoot, teniendo en cuenta que el caso fue confirmado.



Se notifica como caso individual, donde se indica visita de seguimiento en Jardín Infantil Araucarias el día de mañana 07-05-2025 a la 9:30 am.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar notificando en ChatBoot casos de la comunidad.	Stefanny Londoño R.	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-14

HORA: 8 am

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

CARGUE DE SEGUIMIENTO PPSS AÑO 2024

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

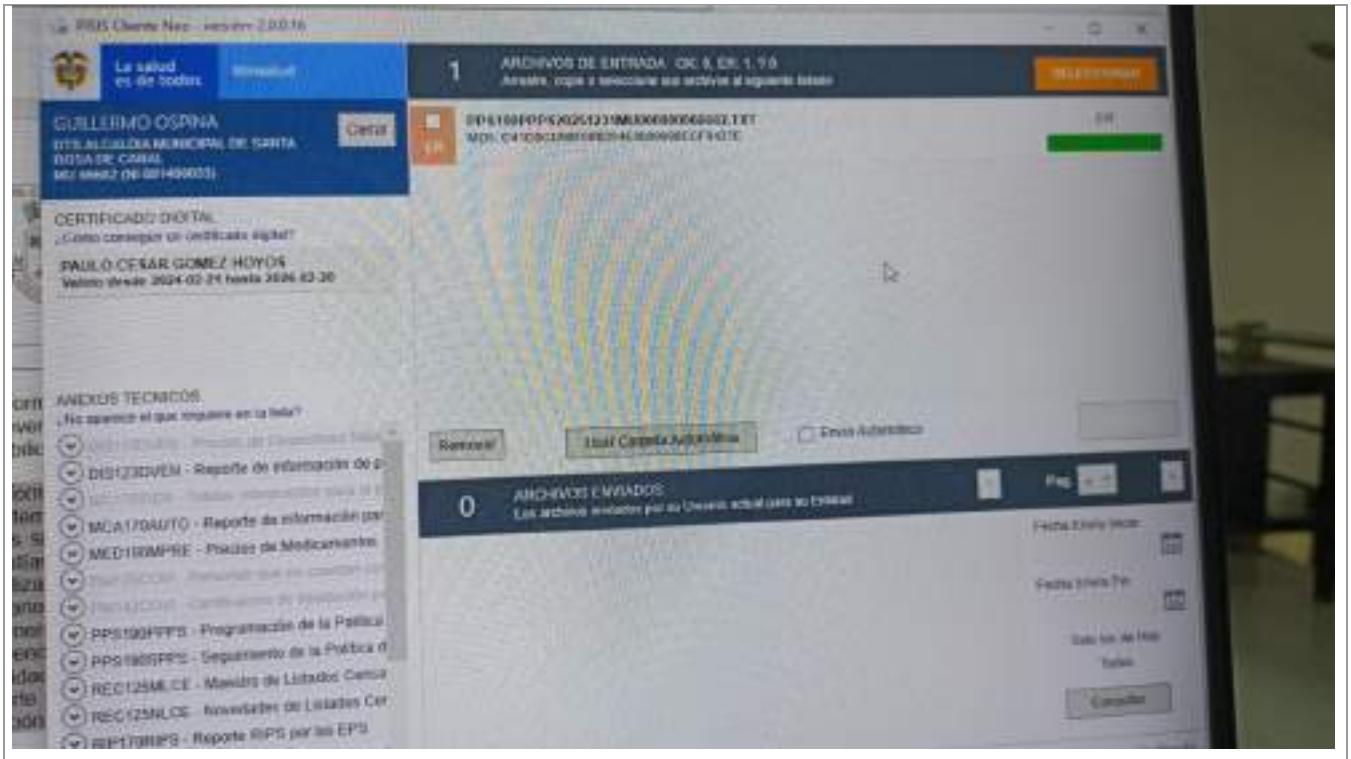
No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Cargue de seguimiento PPSS año 2024	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

El día miercoles 09 de abril de 2025, se realizo cargue de archivo plano en plataforma PISCIS de seguimiento de actividades de Participacion Social en Salud del año 2024, donde no fue exitoso, la plataforma quedaba cargando el documento y no arrojaba ningun error.
El día jueves 10 de abril de 2025, se realizo nuevo intento a las 8:30 am y siendo las 5 pm se evidencia error en el documento.



El día 11 de abril de 2025 acudo a la secretaria de salud departamental para solicitar apoyo en el cargue del documento, donde indica la Ingeniera Ligelly que esta proforma es de dominio del MSPS y se debe de solicitar apoyo directamente a ellos, tampoco realizan AAT y la creación del documento y cargue del mismo lo realizan los Ingenieros de cada entidad que reporta.

Se le informa la Secretaria de Salud, el no cargue del seguimiento de las actividades del año 2024.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Revision de formato de seguimiento según anexo técnico.	Stefanny Londoño Ruiz	Abril de 2025	Mayo de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: No se anexan documentos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-21

HORA: 2 pm

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

ANALISIS DE CASOS SIVIGILA MES DE MARZO 2025

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Análisis de casos SIVIGILA, mes de marzo 2025	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

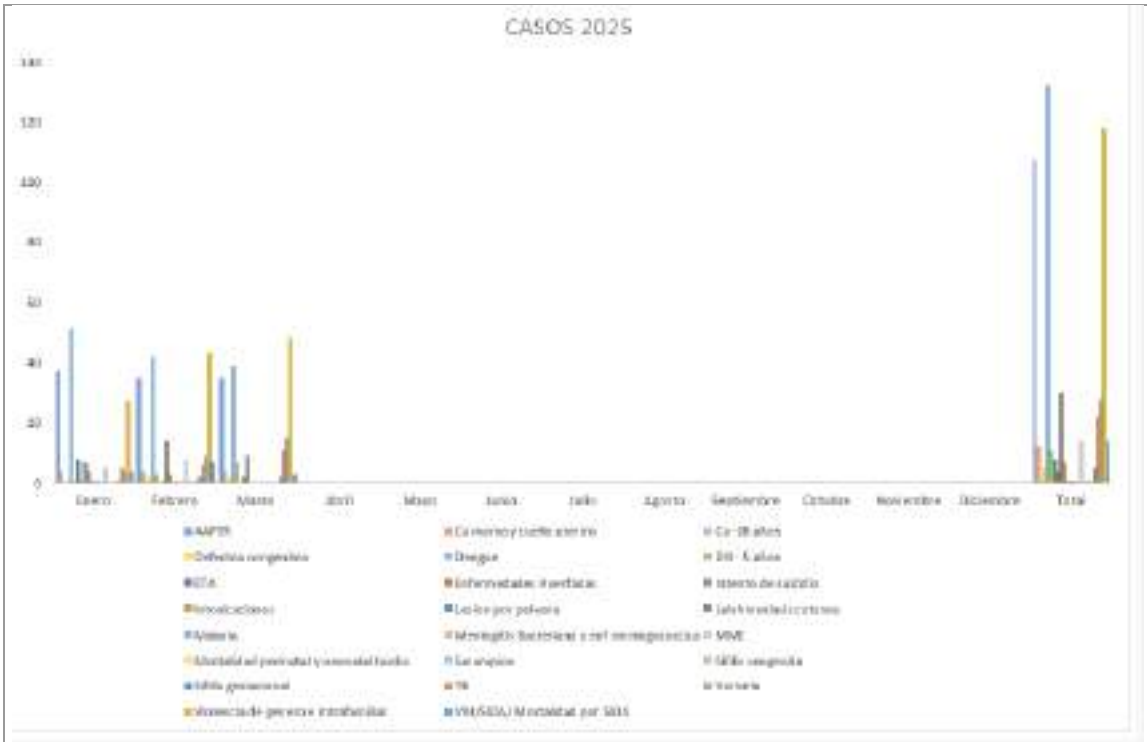
Se realiza solicitud de reporte de casos a SIVIGILA del mes de marzo de 2025 a la jefe Paula Orozco, esto con el fin de realizar el respectivo análisis de los casos reportados durante ese mes.
Realiza el envió de archivo en Excel con todo lo notificado durante el mes de marzo por las UPGD`s del municipio, se procede a realizar tabla dinámica y se obtiene la siguiente información:

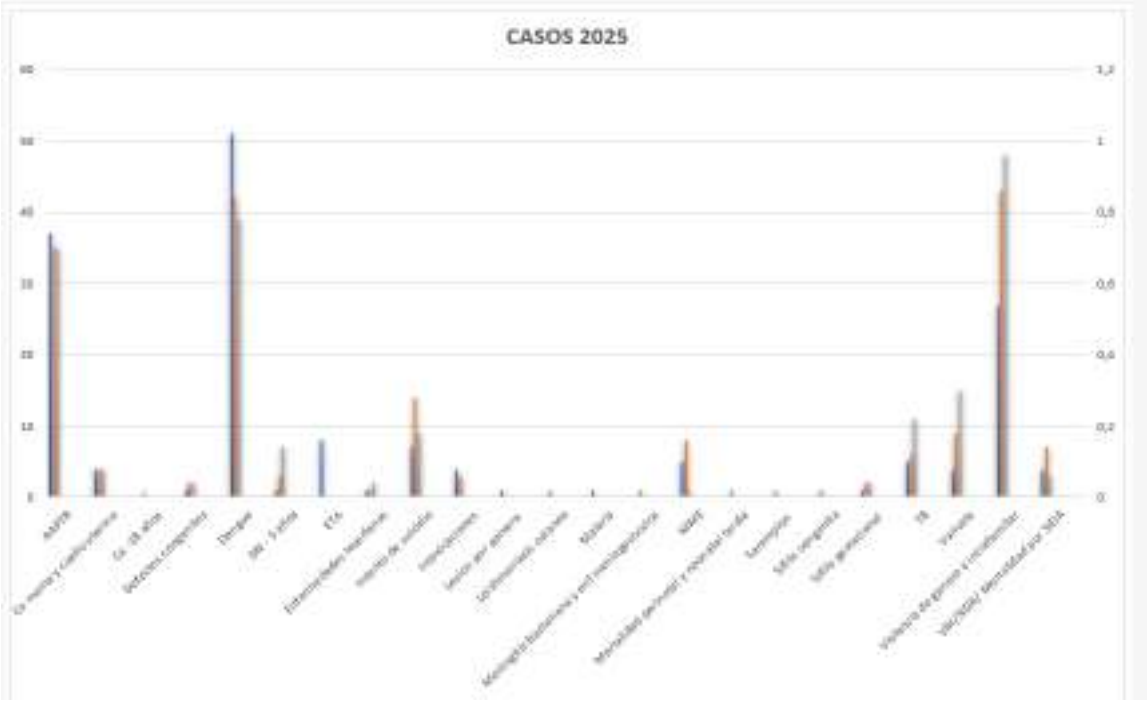
Etiquetas de fila	Cuenta de nom_eve
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	35
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	4
DEFECTOS CONGENITOS	2
DENGUE	39
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	7
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	2
INTENTO DE SUICIDIO	9
INTOXICACIONES	8
LEPTOSPIROSIS	3
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	1
NOTIFICACION NEGATIVA	3
PAROTIDITIS	1
RABIA HUMANA	1
SIFILIS GESTACIONAL	2
TUBERCULOSIS	11
VARICELA INDIVIDUAL	15
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	48
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	3
(en blanco)	
Total general	**194**

A continuación, se pasa el reporte al consolidado del año 2025, en el cual se diligencia el numero de eventos presentados por cada mes, esto con el fin de tener trazabilidad del numero de casos reportados por trimestre, semestre y anual.

Nombre del evento	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
AAPTR	37	35	35										107
Ca mama y cuello uterino	4	4	4										12
Ca -18 años	0	1	0										1
Defectos congenitos	1	2	2										5
Dengue	51	42	39										132
DN - 5 años	1	3	7										11
ETA	8	0	0										8
Enfermedades Huerfanas	1	1	2										4
Intento de suicidio	7	14	9										30
Intoxicaciones	4	3	0										7
Lesion por polvora	1	0	0										1
Leishmaniasis cutanea	0	1	0										1
Malaria	1	0	0										1
Meningitis Bacteriana y enf meningococcica	0	1	0										1
MME	5	8	1										14
Mortalidad perinatal y neonatal tardia	0	1	0										1
Sarampion	0	1	0										1
Sifilis congenita	0	1	0										1
Sifilis gestacional	1	2	2										5
TB	5	6	11										22
Varicela	4	9	15										28
Violencia de genero e intrafamiliar	37	33	48										118
VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA	4	7	3										14

Se procede a realizar un análisis con gráficos de la siguiente manera:





Se evidencia mayor numero de eventos en AAPTR, dengue, intento de suicidio, MME, TB, varicela, violencia de genero y VIH.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Continuar realizando análisis de casos reportados a SIVIGILA de manera mensual.	Stefanny Londoño Ruiz	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-22

HORA: 2:30 pm

LUGAR: Secretaria de salud

OBJETIVO:

COVE MUNICIPAL Y COMITÉ PAI

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Reporte de casos marzo de 2025	Paula Orozco
2	Compromisos COVE del mes anterior	EAPB`s
3	Socialización Resolución 691 de 2025	Stefanny Londoño
4	Informe de casos mes de marzo UPGD`s	UPGD`s
5	Comité PAI	Paula Orozco

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	Seguimiento de casos de DN por UPG`S	Todos con seguimiento por parte de las UPGD`s

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Se da inicio a Comité de Vigilancia Epidemiológica correspondiente al mes de marzo de 2025, donde se realiza respectivo llamado a lista de UPGD`s, EAPB`s, secretaria de salud departamental, ICBF y secretaria de salud municipal.

A continuación, socialización de numero de casos de marzo 2025 vs marzo 2024, numero de casos de dengue y numero de casos ajustados.





Se da paso a la socialización de las acciones realizadas por las EAPB`s sobre los casos reportados por el ICBF en el COVE del mes anterior.

Se continua con la socialización de la resolución 691 del 16 de abril de 2025.



Finalmente se da paso a la socialización de los caos reportados a SIVIGILA durante el mes de marzo por cada una de las UPGD`s.

Se finaliza Comité de Vigilancia Epidemiológica y se da paso a Comité del Programa Ampliado de Inmunización, con la socialización de las coberturas, donde a la fecha se cumple con coberturas útiles para alcanzar el 95%



Finalmente se indica circular 011 de 2025 la cual da indicaciones especificas sobre Tos Ferina.

Se finaliza reunión virtual a las 3:35 pm.

Se diligencia link de asistencia.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Proximo COVE y comité PAI correspondiente al mes de Abril de 2025	Paula Orozco	12-05-2025	12-05-2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Segundo martes de cada mes para la vigencia 2025.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-28

HORA: 8:00 am

LUGAR: Virtual - Tems

OBJETIVO:

Sesión Informativa Vigilancia en Salud Publica del evento Cancer en menores de 18 años.

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

-Jacobo Bustamante

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Participar Webinar – Ca infantil	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Secretaria de salud, la Dra. Andrea Palacio, realiza el envió de link para conexión de “Sesión Informativa Vigilancia en Salud Pública del evento Cáncer en menores de 18 años”, la cual dio inicio a las 8:00 am con saludo de bienvenida y apertura.

Continua la Dra. Diana Russy, con Protocolo de vigilancia de cáncer en menores de 18 años.



Realiza presentación de indicadores de oportunidad para leucemias, donde hace énfasis en registrar la primera consulta del menor por sospecha de Ca infantil, donde se tiene presente que estas notificaciones en su mayoría las realiza hospital de tercer nivel, cuando el menor ya ha tenido varias consultas previas con difernentes profesionales.

Adicional se va a solicitar la explicación detallada de lo que concierne a inicio de tratamiento, ya que es un espacio muy amplio y tiene diferentes interpretaciones.

Avances en plan de choque del cáncer infantil en Colombia



Sesión de preguntas.



Finaliza a las 9:40 am.

Se diligencia link de asistencia.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Sin compromisos.	N/A	N/A	N/A

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: No se anexan registros.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-05-05

HORA: 9:00 am

LUGAR: Tems

OBJETIVO:

CAPACITACION EN EAPV – INVIMA Y MSPS

ASISTENTES:

- Todo el territorio nacional.

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Capacitacion en EAPV	INVIMA y MSPS

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Por solicitud de la sub secretaria de salud publica y aseguramiento, enfermera Paula Orozco, realizo conexión a capacitación en EAPV



Se da inicio a las 9:00 am con bienvenida y llamado a lista a entidades territoriales, continua la presentación el Dr. William Saraza con presentación sobre Evento Posterior a la Vacunación (EAPV) o Evento supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).

Según el INVIMA y la OPS es cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable y no intencional que ocurra luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna.

Definición de EAPV grave y no grave:



Tiempos de reporte de un EAPV grave:



Como realizar el reporte adecuadamente:



Documentos que se deben de cargar como soporte del reporte:



Finaliza con las indicaciones para el comité de expertos del ente territorial y con preguntas de los participantes.



Se diligencia link de asistencia.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Sin compromisos.	N/A	N/A	N/A

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Según indicaciones de la Enfermera Paula Orozco.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-05-06

HORA: 2:30 pm

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

Reunión para coordinar actividades pendientes mes de mayo

ASISTENTES:

- Paula Orozco.
- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Programación IEC caso de Muerte Perinatal	Stefanny Londoño
2	Revisión documentos requeridos para visita de TB-Hanssen	Paula Orozco y Stefanny Londoño
3	Revisión documentos requeridos para visita de Infancia -PAI	Paula Orozco y Stefanny Londoño
4	Programación COVECOM- VBC mes de mayo	Paula Orozco y Stefanny Londoño
5	Programación visita de seguimiento caso de Varicela	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

El día de hoy con previa concertación de hora con la enfermera Paula Orozco, realizo desplazamiento a la secretaria de salud municipal, para reunión, en la cual se van a concertar las siguientes actividades:

1. Programación de Investigación Epidemiológica de Campo, caso de muerte perinatal.
   La cual se realiza llamada para concertar fecha y hora de la visita con la paciente, quien indica tener disponibilidad el día jueves 08 de mayo a las 9:00 am, se le notifica a la auxiliar de enfermería Verónica, para realizar visita en conjunto.

2. Revisión documentos requeridos para visita de TB-Hanssen:

   Se tiene programado visita de Hanssen el próximo viernes 09 de mayo a las 8:00 am, donde enviaron lista de chequeo del INS, donde se procede a revisar documentos requeridos.

   Se le solicita a la secretaria de salud, Dra. Andrea Palacio, el envió de Plan Territorial de Salud y proceso de contratación de enfermera para TB-Hanssen.



3. Revisión documentos requeridos para visita de Infancia -PAI.

   Se tiene programado visita por el ente territorial el día viernes a las 8:00 am, donde se procede a revisar lista de chequeo que van a implementar, donde se organiza carpeta con documentos que se debe de presentar.

4. Programación COVECOM- VBC mes de mayo.

   Se realiza comunicación vía WhatsApp con coordinadora de modalidad familiar del ICBF, para programar según disponibilidad de ellos, COVECOM en el mes de mayo y ese mismo día realizar educación inicial en VBC.

   Indican tener espacio de una hora el próximo 23 de mayo a las 8:00 am en sede de ellos, la cual esta ubicada en la Carrera 14 con calle 9.

5. Programación visita de seguimiento caso de Varicela.

   Notifican caso positivo de varicela de menor de 3 años que estudia en el jardín Araucarias, por lo que se debe de realizar visita a la institución, se programa visita el día de mañana 07 de mayo de 2025 a las 9:30 am con acompañamiento de auxiliar de enfermería Tatiana Echeverry.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Realizar IEC, caso de muerte perinatal	Stefanny Londoño-Verónica Valencia	08-05-2025	08-05-2025
2	Recibir vista del ET del programa de TB-Hanssen.	Stefanny Londoño	09-05-2025 y el 13-05-2025	13-05-2025
3	Recibir vista del ET del programa de Infancia – PAI	Paula Orozco	09-05-2025	09-05-2025
4	Programar COVECOM – VBC	Stefanny Londoño	23-05-2025	23-05-2025
5	Visita de seguimiento caso de varicela-Jardín Araucarias.	Stefanny Londoño y Tatiana Echeverry	07-05-2025	07-05-2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Según indicaciones de la Enfermera Paula Orozco.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Listado de asistencia

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL

ASISTENCIA A REUNIONES

DEPENDENCIA RESPONSABLE	Secretario de Salud							Codigo	DEPPSZ0101P
TEMA:	Reunion programacion actividades							Fecha	
OBJETIVO:								Versión	
FECHA	6-5-2025	HORA INICIO	2pm	HORA FINAL	5pm	LUGAR	Secretaria de Salud.		

No	NOMBRE	DEPENDENCIA/ENTIDAD	CARGO	TELEFONO	FIRMA	OBSERVACIÓN
1	Stefanny Londoño R	S.S.M	Enfermero - contratista	3104361922		
2	Paula Andrea Ospina A.	S S M	Asesora de SIyAS	3117506258		
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
15						
17						
18						
19						
20						

Scanned with CamScanner

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

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

FECHA: 2025-05-08

HORA: 8:30 am

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

CAPACITACION EN FIEBRE AMARILLA- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SSD

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Fiebre Amarilla	Vigilancia Epidemiologica
2		

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Se da inicio a las 8:30 am, por parte del equipo de vigilancia epidemiológica de la secretaria de salud departamental, con saludo de bienvenida por parte del Dr. Salazar.

Continua con contextualización de situación epidemiológica en América Latina y seguidamente en Colombia desde el año 2000 hasta el 2025 (29-04-2025).



Un total de 65 casos y 24 fallecidos, boletín del 30-04-2025, con la distribución de Tolima, Huila, Cauca, Nariño, Putumayo, Caldas, Meta, Vaupés, Guaviare y Caqueta.

Presencia de primates en Risaralda: Pueblo Rico, Quinchía, Santuario, Marsella, Pereira, Dosquebradas, Marsella y Santa Rosa de Cabal.



Continua con notificaciones en Risaralda, con un total de 8 casos descartados y 1 caso probable.

Finaliza con socialización de Resolución 691 de 2025.

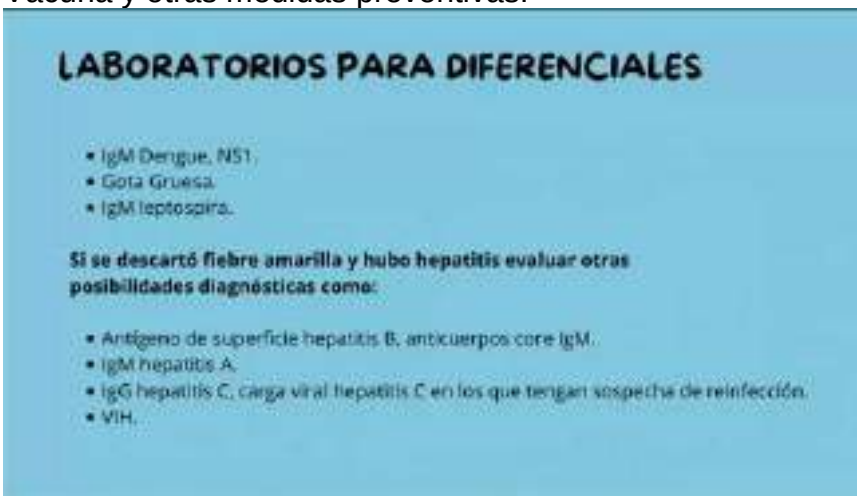
Continua Dra. Karen Ordoñez, infectología de la Secretaria de Salud Departamental con resumen de situación epidemiológica.

Ciclo de trasmisión:



Síntomas y como tratar a los pacientes.

Vacuna y otras medidas preventivas.



COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Sin compromisos.	N/A	N/A	N/A

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

Elaborado Por: Equipo de Trabajo

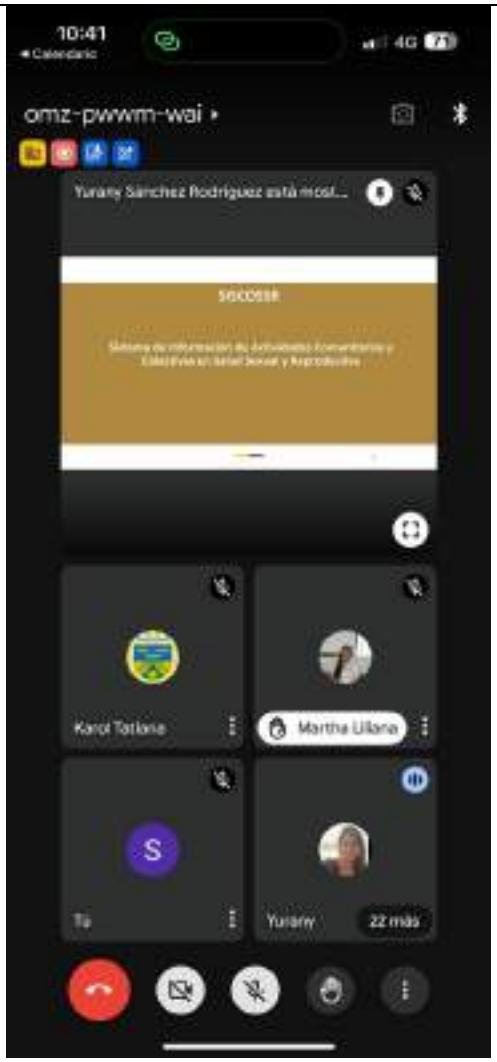
Revisado Por: Representante de la Dirección

Aprobado Por: Comité de Calidad

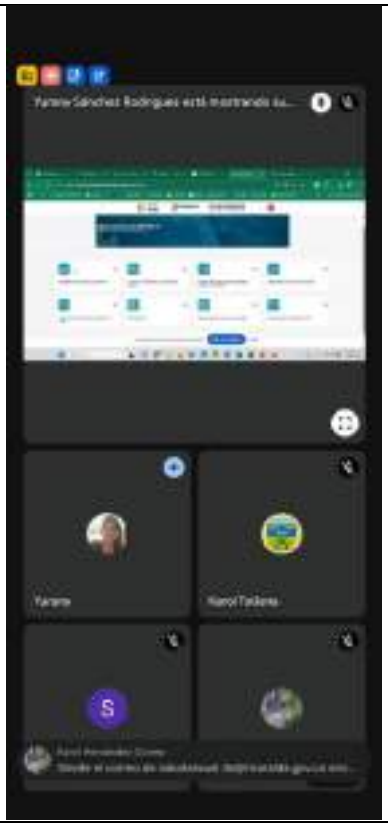
Fecha de Aprobación: MARZO 9 de 2016

Versión: 3

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACION MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

	
No actividad: 9.6 Nombre actividad: CAPACITACION ACTUALIZACION EN SISCOSSR. Fecha: 09-05-2025 10:30H – 12:00H Lugar: Meet https://meet.google.com/omz-pwwm-wai	No actividad: 9.6 Nombre actividad: CAPACITACION ACTUALIZACION EN SISCOSSR. Fecha: 09-05-2025 10:30H – 12:00H Lugar: Meet https://meet.google.com/omz-pwwm-wai

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACION MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

	
No actividad: 9.6 Nombre actividad: CAPACITACION ACTUALIZACION EN SISCOSSR. Fecha: 09-05-2025 10:30H – 12:00H Lugar: Meet https://meet.google.com/omz-pwwm-wai	No actividad: 9.6 Nombre actividad: CAPACITACION ACTUALIZACION EN SISCOSSR. Fecha: 09-05-2025 10:30H – 12:00H Lugar: Meet https://meet.google.com/omz-pwwm-wai

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

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

FECHA: 2025-04-26

HORA: 11:00 am

LUGAR: Estadio

OBJETIVO:

Acompañamiento en Celebración día del niño

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño

-Jacobo Bustamante

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	Acompañamiento en Celebración día del niño	Stefanny Londoño

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Por directriz de la secretaria de salud, la Dra. Andrea Palacio, se realiza desplazamiento al Estadio municipal, para realizar acompañamiento en celebración día del niño, donde se tiene stand para la secretaria de salud municipal.
Se procede adecuar la carpa para poder dar inicio a la actividad lúdica “Carrera en costales”.

Se acude al punto de encuentro a las 11:00 am y se da por terminado el acompañamiento a las 4:00 pm aproximadamente.

Se anexa registro fotográfico de la actividad:









COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Participar de las actividades propuestas por la Secretaria de Salud Municipal.	Stefanny Londoño Ruiz	Abril de 2025	Diciembre de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: No se anexan registros.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-30

HORA: 2:00 pm

LUGAR: Auditorio Comfamiliar

OBJETIVO:

COVECOM – FIEBRE AMARILLA

ASISTENTES:

- Personal administrativo de ICBF
- Secretaria de Salud de Santa Rosa

ORDEN DEL DÍA:

No.	**TEMA**	**RESPONSABLE**
1	COVECOM – FIEBRE AMARILLA	Stefanny Londoño y Tatiana Echeverry

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	**COMPROMISO**	**ESTADO Y OBSERVACIONES**
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Con previa concertación de fecha, hora y lugar de reunión con personal administrativo del ICBF, se realiza desplazamiento el día de hoy al Auditorio de Comfamiliar, sede Santa Rosa, donde se da inicio a la reunión a las 2:00 pm.

Se da inicio al Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario (COVECOM) informándoles el objetivo del mismo el cual es brindar un espacio de participación comunitaria donde se analizan problemas de salud pública para identificar riesgos y generar soluciones.

Se socializa el total de casos reportados en el primer trimestre del año 2025.

Nombre del evento	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
AIAPTR	37	35	35										107
Ca mama y cuello uterino	4	4	4										12
Ca -18 años	0	1	0										1
Defectos congenitos	1	2	2										5
Dengue	51	42	39										132
DN - 5 años	1	3	7										11
ETA	8	0	0										8
Enfermedades Huerfanas	1	1	2										4
Intento de suicidio	7	14	9										30
Intoxicaciones	4	3	0										7
Lesion por polvora	1	0	0										1
Leishmaniasis cutanea	0	1	0										1
Malaria	1	0	0										1
Meningitis Bacteriana y enf meningococcica	0	1	0										1
MME	5	8	1										14
Mortalidad perinatal y neonatal tardia	0	1	0										1
Sarampion	0	1	0										1
Sifilis congenita	0	1	0										1
Sifilis gestacional	1	2	2										5
TB	5	6	11										22
Varicela	4	9	15										28
Violencia de genero e intrafamiliar	27	45	48										118
VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA	4	7	3										14

Por lo anterior se abarcan dos temas: código fucsia y fiebre amarilla.

- Código fucsia

Se da a conocer la ruta de código fucsia y el paso a paso, cuando se activa el código en las IPS o ESE.

Se procede a colocar cuatro ejemplos de casos, para que ellos indiquen como podría ser la atención y el tratamiento para estas personas.

Caso número uno: menor de 14 años

Caso número dos: adulto

Caso número tres: pos exposición

Caso número cuatro: accidente laboral.

Adicional se hace mucho énfasis en la importancia de indagar si a la totalidad de los pacientes que ingresan en las primeras 72 horas se le haga entrega al egreso de la hospitalización el tratamiento antirretroviral, no pueden hacen entrega de órdenes.



GOBERNACIÓN DE RISARALDA
SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTAL

CIRCULAR No. 28

DE: SECRETARÍA DE SALUD DE RISARALDA – DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA

PARA: SECRETARIOS DE SALUD MUNICIPALES, DIRECTORES LOCALES DE SALUD, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO MUNICIPALES Y DEPARTAMENTALES.

ASUNTO: ACTUALIZACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE KITS DE ATENCIÓN EN LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE RISARALDA

FECHA: 25 DE AGOSTO DE 2022

La Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda en el ejercicio de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1751 de 2015, la Resolución 459 de 2012, la Resolución 3280 de 2018 y la Resolución 3100 de 2019, entre otras disposiciones legales, le corresponde a los departamentos,

Se da continuidad con el tema de Fiebre Amarilla, dando a conocer que en el municipio se presento un caso sospechoso en semana santa, adicional todo el país se encuentra en alerta mediante la resolución 691 de 2025.

Se les da a conocer resolución 691 de 2025 y circular 012 de 2025, las cuales están vigentes a la fecha.

Se procede informar sobre lo siguiente:

- Signos y síntomas.
- Prevención.
- Población objeto a vacunar.
- Aperturas de viales y todo lo relacionado al biológico.
- Revisión de certificado de vacunación en físico o en PAIWEB.





Durante los dos temas se fueron dando respuesta a las inquietudes de los participantes.

Se finaliza a las 3:30 pm.

Se anexa registro fotográfico.









COMPROMISOS (Si los hay):

Concertar reunión con madres comunitarias para realizar próximo COVECOM.

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Próximo COVECOM	Stefanny Londoño Ruiz	Mayo 2025	Mayo 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Se concertará fecha de próximo COVECOM con coordinadora de grupo de madres comunitarias del ICBF.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Se anexa listado de asistencia.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

Gmail **Stefanny Londoño <enfermeraenlacesrc@gmail.com>**

Fwd: INVITACION: SEGUNDO SIMPOSIO DE ENFERMEDADES HUERFANAS E INFECCIOSAS (Dengue)

2 mensajes

Salud santarosadecabal-risaralda.gov.co <salud@santarosadecabal-risaralda.gov.co> 4 de mayo de 2025, 12:39 p.m.
Para: carolinagiraldo0213@gmail.com, Stefanny Londoño <enfermeraenlacesrc@gmail.com>, stefanyparra96@gmail.com, tatiana echeverry alzate <tatyeche3022@hotmail.com>, Veronica Alejandra Valencia Mejia <veronica.valencia@nuevaeps.com.co>

Hola chicas, por favor inscribirse y asistir.

Atentamente,

---------- Forwarded message ---------
De: **Vigilancia epidemiológica Salud infantil** <vigilanciasaludinfantil2@gmail.com>
Date: sáb, 3 may 2025 a las 8:01
Subject: INVITACION: SEGUNDO SIMPOSIO DE ENFERMEDADES HUERFANAS E INFECCIOSAS (Dengue)
To: <epidemiologia@mistrato-risaralda.gov.co>, <saludpublicadlsguatica@gmail.com>, <sec.salud@quinchia-risaralda.gov.co>, <salud@cartago.gov.co>, santarosadecabal-risaralda.gov.co <salud@santarosadecabal-risaralda.gov.co>, <Salud.sivigila@dosquebradas.gov.co>, <enfermeria.hospitalapia@gmail.com>, <c.enfermeria@hsjbelen.gov.co>, <hospital.balboa@risaralda.gov.co>, <salud.reftransmisibles@dosquebradas.gov.co>, <gerencia@hospitalsantamonica.gov.co>, gerencia@ese-lavirginia-risaralda.gov.co <gerencia@ese-lavirginia-risaralda.gov.co>, gerencia@hospitalsanjose-marsella.gov.co <gerencia@hospitalsanjose-marsella.gov.co>, E.S.E. Hospital Mistrató Mistrató <hospital.mistrato@risaralda.gov.co>, ontactenos.correspondencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co <ontactenos.correspondencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, E.S.E. Hospital de Quinchía <hospital.quinchia@risaralda.gov.co>, secretariahospitalquinchia@gmail.com <secretariahospitalquinchia@gmail.com>, gerente@hospisantarosadecabal.gov.co <gerente@hospisantarosadecabal.gov.co>, gerencia@hsvpsantuario.gov.co <gerencia@hsvpsantuario.gov.co>, salud@apia-risaralda.gov.co <salud@apia-risaralda.gov.co>, saludpublica.apia2020@gmail.com <saludpublica.apia2020@gmail.com>, Salud @balboa-risaralda.gov.co <salud@balboa-risaralda.gov.co>, salud.secretario@dosquebradas.gov.co <salud.secretario@dosquebradas.gov.co>, salud@dosquebradas.gov.co <salud@dosquebradas.gov.co>, ub Secretaría de Salud Municipal de la Virginia <salud@lavirginia-risaralda.gov.co>, alud marsella-risaralda <salud@marsella-risaralda.gov.co>, aludpublica saludpublica <saludpublica@marsella-risaralda.gov.co>, aludpublicaq03@gmail.com <aludpublicaq03@gmail.com>

Reciba un cordial saludo.

La alcaldía de Pereira y la secretaría de salud pública y seguridad social desde el eje estratégico Seguridad Alimentaria y Nutricional y su programa Salud Infantil, cumplen funciones en la cualificación del talento humano frente las intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS (Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud) en niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores de acuerdo la (**Resolución número 3280 de 2018**) como también en las acciones individuales, las cuales están orientadas en "garantizar procesos de atención integral de los casos notificados al sistema y son responsabilidad de las direcciones municipales o distritales de salud y de las EAPB responsables de la atención, con la participación de las IPS involucradas en el proceso de atención de los casos identificados" con sospecha y/o diagnóstico de enfermedades huérfanas e infecciosas (Dengue) y desde la asistencia técnica como ejercicio clínico frente a un adecuada prestación de servicio para las personas con la probabilidad de algún diagnóstico con la respectiva notificación en el sistema de vigilancia en salud pública – SIVIGILA.

Como aporte al proceso, se llevará a cabo el segundo SIMPOSIO: "***Enfermedades Huérfanas, con atención médica inicial"***

Día: 30/05/2025

Lugar: Auditorio Jorge Roa Martínez universidad Tecnológica de Pereira

Dirección: Carrera 27 # 10-02 Barrio Álamos

Hora. 8:00:00 a. m a 4:00:00 p. m.

Por lo anterior se requiere de la participación ineludible de los profesionales que realizan consulta desde la atención primaria y complementaria: Médicos generales, enfermeras, pediatras, Neonatólogo, nutricionistas, hematología, genetista, oncólogos, endocrinólogos, neumólogos, neurólogos, internistas. Como también estudiante de medicina y enfermería de las universidades e incluyendo residentes de las subespecialidades.

Requisitos de participación

-Diligenciar el link de asistencia y confirmación de la misma:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf84N6WMbZZaJV-S161ItkfW_fS1AUlQCazVfXfSuJIZcpGog/viewform?usp=sharing

-Entrega de (Refrigerio y almuerzo incluido)

-Entrega de certificado de asistencia

Nota: Si tiene dudas o inquietudes favor comunicarse al teléfono de contacto: 314 6321849.

Correo electrónico: vigilanciasaludinfantil2@gmail.com

Gracias.
Atento saludo,

Enfermera
Dolka P. Carrillo A.
Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira
Eje Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Programa de Salud Infantil - Vigilancia Epidemiológica

Andrea Lorena Palacio Gallo
Secretaria de Salud y Seguridad Social

ALCALDÍA DE SANTA ROSA DE CABAL
SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Stefanny Londoño <enfermeraenlacesrc@gmail.com> 5 de mayo de 2025, 8:50 a.m.

Para: "Salud santarosadecabal-risaralda.gov.co" <salud@santarosadecabal-risaralda.gov.co>

Buenos dias,
Ya realice la inscripción.



[Texto citado oculto]

--
Stefanny Londoño Ruiz
Enfermera - Santa Rosa de C

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

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

FECHA: 2025-05-09

HORA: 8:00 am

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

Recibir AAT en Lepra – Secretaria de Salud Departamental

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Recibir AAT en Lepra	Secretaria de Salud Departamental
2		

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Con previa concertación de fecha y hora para recibir Asesoría y Asistencia Técnica en Lepra, por parte del ente territorial, se realiza desplazamiento a las instalaciones de la secretaria de salud municipal, donde se da inicio a la reunión a las 8:00 am.

El enfermero Cesar Augusto Castañeda, aplica lista de chequeo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Donde quedan los siguientes compromisos:

III. COMPROMISOS			
COMPONENTE	ACCIONES DE MEJORA		
I. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA	II	CP	Se recomienda destinar recurso humano específico para el programa de lepra (en proceso de contratación)
II. DIAGNOSTICO LABORATORIO Y CLINICO	II	CP	Se envía instrumento para aplicar en las ATT a las IPS del municipio
III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INTEGRAL AL PACIENTE	III	CP	Se recuerda durante la visita de ATT los tiempos de seguimiento a los casos de lepra
IV. SEGUIMIENTO A CONVIVIENTES	III	CP	Se recuerda durante la visita de ATT los tiempos de seguimiento a los casos de lepra
V. VALORACIÓN DE LA VULNERABILIDAD	III	CP	la BIS cuenta con apoyo del programa de salud mental
VI. REHABILITACIÓN	III	CP	Se recuerda durante la visita de ATT los tiempos de seguimiento a los casos de lepra
VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	III	CP	se recomienda incluir en los procesos de visita de AAT de la DLS a las CPAB el componente de lepra

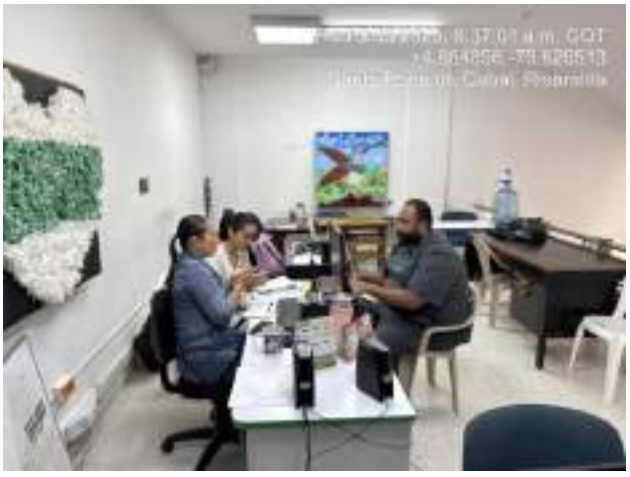
A la fecha solo se tiene conocimiento de dos casos de Lepra, los cuales fueron diagnosticados en años anteriores.

- Ramiro Albeiro Henao CC 9816841
- Evelia Burgos CC 28843067

Adicional SISAP no se encuentra al día de informes, por lo que posterior a visita se realiza envió de correo electrónico a las IPS, para cargue de informes.

Se anexa registro fotográfico:









COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Los descritos en lista de chequeo del ente territorial.	Secretaria de salud de Santa Rosa de Cabal	Mayo de 2025	Próxima visita del ET

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Lista de chequeo.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN - SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA LEPRA O ENFERMEDAD DE HANSEN
INSTRUMENTO DEPARTAMENTAL DE VISITA DE ASISTENCIA TÉCNICA A MUNICIPIOS

DATOS GENERALES

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE LA SEDE
Risaralda	Santa Rosa de Cabal	calle 12 # 13-56 santa rosa

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA
Pablo cesar gomez	udpublica@santarosadecabal-risarlada.gov	9/05/2025

TALENTO HUMANO RELACIONADO CON EL MANEJO DE ENFERMEDAD DE HANSEN

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	PRESENTE EN LA AT (Si/No)	CORREO ELECTRÓNICO	FUNCIÓN / ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA EN EL PROGRAMA DE LEPRA O ENFERMEDAD DE HANSEN
Stefanny Londoño	Enfermera	Si	saludpublica@santarosadecabal-risarlada.gov.co	profesional universitario
Paula Andrea Orozco Rios	Enfermera	Si	saludpublica@santarosadecabal-risarlada.gov.co	Enfermera

Marque con una **X** según corresponda, **CT:** Cumple Total, **CP:** Cumple Parcial o **NC:** No Cumple

I.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			OBSERVACIONES
	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	
1.1. Número de habitantes en el municipio, para el último año según Censo DANE de población y vivienda 2018													95000 aproximadamente
1.2. ¿Tiene el municipio incorporadas activiades el programa de lepra o enfermedad de Hansen en su Plan Territorial de Salud (PTS) y este incluye alguna meta de resultado?						X							Actualmente esta en proceso de contratacion
1.3. ¿Tiene el municipio incorporado actividades del programa de lepra o enfermedad de Hansen dentro del Plan de Acción en Salud (PAS)?				X									contratadas con el PIC en la ESE actividades educativas
1.4. ¿El municipio destinó recursos Sistema General de Participaciones (SGP) o recursos propios, para actividades específicas del programa de lepra o enfermedad de Hansen en el último año?				X									Contrato por medio de SGP
1.5. ¿El municipio cuenta con talento humano responsable de la gestión de las actividades de salud pública en Hansen?				X									¿Cuántas personas? Enfermera de programa vigilancia epidemiologica y en proceso de contratacion de enfermera para tb-lepra
1.6. ¿Cuántas IPS públicas y privadas tiene el municipio que desarrollen actividades de captación, tratamiento o seguimiento a personas con diagnóstico de lepra o enfermedad de Hansen?				X									Número de IPS públicas: __2__ Número de IPS privadas: __2__
1.7. ¿El referente actual del programa ha recibido asistencia técnica durante el último año de la dirección departamental de salud frente a los lineamientos dispuestos por el programa nacional de lepra o enfermedad de Hansen?						X							Se realzia actividad de capacitacion durante la AAT
1.8 ¿Cuenta el programa con un directorio actualizado de referentes de los programas de los demás Municipios y del Programa Departamental para realizar referencia y contrarreferencia de pacientes?				X									Se tiene buena comunicación
1.9. ¿El municipio realiza asistencia técnica a su red prestadora y verifica la garantía de acceso a controles bacteriológicos, biopsias y controles de atención integral para los pacientes afectados por lepra o enfermedad de Hansen?						X							Se debe incluir dentro de las AAT del municipio a las IPS el componente de lepra. Se entrega formato estandarizado por el MPS para aplicar en las visitas

II. DIAGNOSTICO LABORATORIO Y CLINICO	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			OBSERVACIONES
	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	
2.1. ¿El municipio coordina la búsqueda de casos Sintomáticos de Piel (SP) y Sistema Nervioso Periférico (SNP) con las IPS de la red pública y privada?				X									se revisa cada mes la evolucion del PIC con la ESE
2.2. ¿En el caso de las IPS que no realizan baciloscopias de linfa, se garantiza el envío de las muestras a un laboratorio centralizado con reporte de resultado antes de las 48 horas?				X									Lo tiene contratado con cada EAPB
2.3. ¿Se verifica que las IPS estén implementando la escala de Ridley y Jopling?						X							A la fecha no se tiene incluido en las AAT se recomienda la implementacion
2.4. ¿El equipo de salud pública del municipio ha recibido capacitación en los lineamientos técnicos del Programa de lepra o enfermedad de Hansen?						X							
2.5. ¿El municipio verifica que las IPS realicen la Búsqueda Activa Institucional (BAI) en lepra o enfermedad de Hansen?						X							A la fecha no se tiene incluido en las AAT se recomienda la implementacion

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INTEGRAL AL PACIENTE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			OBSERVACIONES
	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	
3.1. ¿El programa verifica que las IPS realicen la administración del tratamiento y el registro adecuado del mismo?				x									Se maneja en el hospital actualmente no tenemos casos
3.2. ¿Verifica que las EAPB tengan una red de prestación de servicios adecuada para los pacientes afectados por la enfermedad (dermatología, oftalmología, ortopedia, fisiatría, fisioterapia, entre otros, conforme a las comorbilidades de los pacientes)				X									se remite de acuerdo a lo requerido por los usuarios
3.3. ¿El municipio cuenta con IPS de referencia para acceso a consultas médicas, de enfermería mensual y trimestral dirigido a la población pobre no asegurada con Hansen?				X									se tiene contrato con el hospital
3.4. ¿Se garantiza acceso al tratamiento con Poliquimioterapia (PQT) al 100% de casos de lepra reportados en el municipio?				X									a la fecha solo un caso de manejo con talidomina
3.5. ¿El municipio realiza alguna actividad de búsqueda en los casos clasificados como pérdidas, articulado con los prestadores de servicios y las EAPB?				x									Se debe estrucuturar el proceso

IV. SEGUIMIENTO A CONVIVIENTES	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			OBSERVACIONES
	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	CT	CP	NC	
4.1. ¿Está utilizando el libro de convivientes actualizado establecido por el Programa Nacional para el registro de convivientes?					X								se recomienda actualizacion
4.2. ¿Están registrados en el libro de convivientes, los familiares cercanos y cohabitantes en los últimos 5 años del paciente?					X								se recomienda actualizacion

4.3. ¿El municipio aplica el formato de visita domiciliaria del programa nacional actualizado durante sus visitas?				X										
4.4. ¿Los convivientes Sintomáticos de Piel (SP) y Sistema Nervioso Periférico (SNP) son examinados por el médico?				X										
4.5. ¿Se realiza seguimiento a los convivientes de manera anual hasta los 5 años en los casos paucibacilares (PB) y hasta los 7 años en casos multibacilares (MB)?					X									se recomienda actualizacion
V. VALORACIÓN DE LA VULNERABILIDAD	**I TRIMESTRE**			**II TRIMESTRE**			**III TRIMESTRE**			**IV TRIMESTRE**			**OBSERVACIONES**	
	CT	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**		
5.1. ¿Los pacientes afectados son valorados por trabajo social?				x									se apoyan con el programa de convivencia social, salud mental	
5.2. ¿Se toma alguna medida cuando detectan vulnerabilidades?				x										
5.3. ¿Canaliza a la dirección departamental de salud estos casos?				x										
VI. REHABILITACIÓN	**I TRIMESTRE**			**II TRIMESTRE**			**III TRIMESTRE**			**IV TRIMESTRE**			**OBSERVACIONES**	
	CT	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**		
6.1. ¿Se realiza seguimiento a los pacientes con algún grado de discapacidad?				X									NO se tienen casos activos se dan recomendaciones de seguimiento a los casos antiguos	
6.2. ¿El municipio reporta las necesidades de subsidio?				X										
6.3. ¿Se tienen pacientes con GD2 en espera de subsidio? Adjunte la matriz actualizada				X										
6.4. ¿Se informa a los pacientes sobre la importancia del Registro de caracterización y localización de pacientes con discapacidad?				X										
6.5. ¿Se realizan acciones de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)? Si la respuesta es afirmativa, describa cuales.				X										
VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	**I TRIMESTRE**			**II TRIMESTRE**			**III TRIMESTRE**			**IV TRIMESTRE**			**OBSERVACIONES**	
	CT	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**	**CT**	**CP**	**NC**		
7.1. ¿Se realiza asistencia técnica para el manejo del sistema de información del programa por personal capacitado, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social?						X							se recomidan implemenrar en AAT a las IPS	
7.2. ¿El municipio cuenta con las bases de notificación de lepra al SIVIGILA y tiene los libros del programa completos y actualizados?				X										
7.3. ¿El municipio realiza revisión semanal/quincenal/mensual de las bases de información de SIVIGILA y efectúa cruces de información con la base de pacientes del Programa y al respectiva retroalimentación?				X										
7.4. ¿El municipio realiza retroalimentación de la calidad de reporte de información de los libros de pacientes, convivientes, leprorreacciones, del programa a las IPS de su jurisdicción?				X										
7.5. ¿Los Informes trimestrales del programa son reportados 5 días después de terminado el trimestre a la dirección departamental de Salud en los formatos estandarizados actualizados?				X										
7.6. ¿El municipio realiza asistencia técnica a las EAPB de su jurisdicción y aplica el instrumento municipal establecido desde el nivel nacional para este fin?						X							se explica formato	
7.7. ¿Cuenta la IPS con los formatos actualizados establecidos por el programa de lepra o enfermedad de Hansen: libro de pacientes, libro de convivientes, libro de leprorreacciones, tarjeta de tratamiento, ficha de evaluación neurológica simplificada en lepra?				X										
7.8. ¿Los informes trimestrales del programa son reportados oportunamente a la dirección territorial de salud en los formatos estandarizados y con la calidad requerida?				X										
7.9. Tarjeta de tratamiento	7.9.1 ¿La tarjeta individual de tratamiento cumple con la información general del paciente?				X									
	7.9.2. ¿Se registra la información de diagnóstico clínico, controles bacteriológicos e histopatológicos?				X									
	7.9.3. ¿Se registra el grado de discapacidad inicial del paciente, resultado de la ficha de evaluación neurológica				X									
	7.9.4. ¿Se registran las remisiones a especialista, fecha en que realiza y control de su ejecución?				X									
	7.9.5. ¿Se cuenta con el registro de leprorreacciones y el tratamiento de las mismas?				X									
	7.9.6. ¿Se cuenta con el seguimiento a la adherencia al tratamiento?				X									
	7.9.7. ¿Al ingreso y egreso del programa, se evidencia en los registros la clasificación de la discapacidad según escala OMS?				X									
7.10. Libro de pacientes	7.10.1 ¿El libro de pacientes evidencia registro de la información general del paciente?				X									
	7.10.2. ¿Se registra la información de diagnóstico clínico y controles bacteriológicos e histopatológicos?				X									
	7.10.3. ¿Al ingreso y egreso del programa, se evidencia en los registros la clasificación de la discapacidad según escala OMS?				X									
	7.10.4. ¿Se cuenta con el seguimiento a la adherencia al tratamiento?				X									
	7.10.5. ¿Se registran los datos de egreso de los pacientes?				X									
7.11. Libro de leprorreacciones	7.11.1 ¿El libro de leprorreacciones cumple con la información general del paciente?				X									
	7.11.2. ¿Se registra la información de esquema de tratamiento suministrado al paciente?				X									
	7.11.3. ¿Se registra adecuadamente el tiempo de suministro del esquema?				X									
	7.11.4. ¿Se registra el tipo de leprorreacción?				X									
	7.11.5. ¿Se registran los datos de egreso de los pacientes?				X									
	7.12.4. ¿Se registra en el libro la totalidad de datos de las visitas realizadas?				X									

7.12. Libro de convivientes	7.12.5. ¿Se registra en el libro los datos de georreferenciación (longitud y latitud de manera adecuada?				X									
	7.12.5. ¿Se evidencia seguimiento a SP y SNP identificados durante las visitas?				X									
	7.12.6. ¿Se actualiza en el libro los datos de las visitas realizadas a lo largo del tiempo a cada paciente y sus convivientes?				X									
	7.12.5. ¿El libro evidencia el registro correcto del suministro de quimioprofilaxis?				X									
	7.12.6. ¿Se registran adecuadamente los datos de vacunación BCG de los convivientes?				X									
7.13. ¿Remite copia de la tarjeta de tratamiento legible a la dirección departamental de Salud de todos los casos del programa de Lepra o Enfermedad de Hansen?					X									

VIII. MONITOREO Y EVALUACIÓN	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE		OBSERVACIONES
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
8.1. Casos nuevos en el período		######	0	######		######		######	
8.2. Casos Multibacilares entre los casos nuevos		######	0	######		######		######	
8.3. Casos Paucibacilares entre los casos nuevos		######	0	######		######		######	
8.4. Recaídas o recidivas		######	0	######		######		######	
8.5. Casos en mujeres		######	0	######		######		######	
8.6. Casos nuevos con lesiones únicas		######	0	######		######		######	
8.7. Menores de 15 años entre los casos nuevos		######	0	######		######		######	
8.8. Casos nuevos detectados con discapacidad grado 2		######	0	######		######		######	
8.9. Casos con Reacción tipo 1 (reversa)		######	0	######		######		######	
8.10. Casos con Reacción tipo 2 (Eritema nodoso Leproso)		######	0	######		######		######	
8.11. Casos con Reacción tipo 3 (Fenómeno de Lucio)		######	0	######		######		######	
8.12. Casos en retratamiento tras perdida en el seguimiento		######	0	######		######		######	
8.13. Casos en otras formas de retratamiento		######	0	######		######		######	
8.14. Casos Fallecidos		######	0	######		######		######	
8.15. Pacientes con Tratamiento completado dentro de la duración estándar		######	0	######		######		######	
8.16.Casos con respuesta clínica al tratamiento insuficiente o insatisfactoria		######	0	######		######		######	
8.17. Casos con pérdida en el seguimiento		######	0	######		######		######	
8.18. Casos que son valorados por especialista		######	0	######		######		######	
8.19. Casos que reciben servicios de rehabilitación		######	0	######		######		######	
8.20. Casos que acceden a subsidios o programas sociales		######	0	######		######		######	
8.21. Convivientes inscritos		######	0	######		######		######	
8.22. Convivientes SP y SNP de casos nuevos examinados		######	0	######		######		######	
8.23. Convivientes que reciben quimioprofilaxis con rifampicina		######	0	######		######		######	
8.24. ¿A cuántos convivientes se les hizo valoración por el médico?		######	0	######		######		######	
8.25. ¿A cuántos convivientes se le tomó baciloscopia de clasificación?		######	0	######		######		######	
8.26. ¿A cuántos de convivientes se les vacunó con BCG?		######	0	######		######		######	
8.27. ¿A cuántos convivientes se les hizo educación sobre la patología?		######	0	######		######		######	
8.28. ¿Cuántos convivientes cuentan con actividades de vigilancia en el seguimiento a casos Hansen y sus convivientes a los 8 días, 6 meses, al año hasta cumplir los 5 años en casos PB y 7 años en los casos MB?		######	0	######		######		######	
8.29. Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora anterior									

IX. COMPROMISOS

COMPONENTE			ACCIONES DE MEJORA
I.ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA	II	CP	Se recomineda destinar recurso humano especifico para el programa de lepra (en proceso de contratacion)
II. DIAGNOSTICO LABORATORIO Y CLINICO	II	CP	Se envia instruemnto para aplicar en las ATT a las IPS del municipio
III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INTEGRAL AL PACIENTE	III	CT	Se recuerda durante la visita de ATT los tiempos de seguimiento a los casos de lepra
IV. SEGUIMIENTO A CONVIVIENTES	III	CP	Se recuerda durante la visita de ATT los tiempos de seguimiento a los casos de lepra
V. VALORACIÓN DE LA VULNERABILIDAD	III	CT	la DLS cuenta con apoyo del programa de salud mental
VI. REHABILITACIÓN	III	CT	Se recuerda durante la visita de ATT los tiempos de seguimiento a los casos de lepra
VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	III	CP	se recomienda incluir en los procesos de visita de AAT de la DLS a las EPAB el componente de lepra

X. DATOS DE LA VISITA DE ASISTENCIA TÉCNICA

PERIODO	FECHA DE VISITA	REFERENTE DEL PROGRAMA EN EL MUNICIPIO		PROFESIONAL QUE REALIZA LA ASISTENCIA TÉCNICA DESDE EL DEPARTAMENTO	
		Nombre:	Firma:	Nombre:	Firma:
Trimestre II:	09/05/2025	Stefanny Londoño Paula Andrea Orozco Rios		Cesar Augusto Castañeda Pino	

V1 - 2021

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

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

FECHA: 2025-05-09

HORA: 10:30 am

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

Recibir AAT en PAI e Infancia – Secretaria de Salud Departamental

ASISTENTES:

- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Recibir AAT en PAI e Infancia.	Secretaria de Salud Departamental
2		

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Con previa concertación con la jefe Paula Orozco para recibir Asesoría y Asistencia Técnica en programa PAI e Infancia por parte de la Secretaria de Salud Departamental, se realiza acompañamiento el día de hoy.

Se da inicio a las 10:30 am, donde enfermera Yuliana Tobón, contratista de la secretaria de salud departamental, aplica lista de chequeo del Programa Ampliado de Inmunización y de Infancia, donde solo queda con compromisos lo relacionado a AIEPI.

- Capacitacion en AIEPI a la comunidad.
- Unidades AIEPI, donde se esta a la espera de contrato de APS.

Se anexa registro fotográfico.






COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Capacitación en AIEPI a la comunidad.	Secretaria de salud de Santa Rosa de Cabal	Mayo de 2025	Próxima visita del ET

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

A necesidad.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-25

HORA: 4:00 pm

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

Elección interna COPACO 2025-2027

ASISTENTES:

- Andrea Palacio.
- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Elección interna COPACO 2025-2027	Stefanny Londoño
2		

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	Cierre de convocatoria para COPACO	Se cerro convocatorio el día 24 de abril de 2025

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Cumpliendo con el comunicado de prensa del pasado 25 de marzo de 2025, en su ítem número tres “Las ternas deberán ser enviadas a más tardar el 24 de abril de 2025, dentro del cronograma establecido en la convocatoria”. Por lo anterior habiéndose recibido de manera oportuna las ternas de candidatos por parte de sus respectivas organizaciones, y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos, procede la siguiente etapa del proceso: la definición interna del representante principal y de los dos suplentes que representarán a cada organización ante el Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACO) - Consejo Territorial de Salud Municipal para el período 2025-2027.

La Mesa de Salud Pública, aunque no cuenta con personería jurídica, es aceptada como organización de hecho reconocida socialmente por su actividad en salud pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 1757 de 1994, que dispone: “El Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACO) se integrará con representantes de formas organizativas comunitarias, sociales o de organizaciones de hecho reconocidas socialmente

por su actividad en salud."

Se cuenta con dos ternas

- Primera terna – sector educacion:

- Luz Elena Escudero
- Paula Cristin Gallego
- Orlando Uribe Buitrago

- Segunda terna – cuidadanos veedores

- Lina Esperanza Opsina
- Marta Eugenia Quintero
- William Lopez.

Se realiza solicitud de envió de oficio a más tardar el día 26 de abril de 2025 con elección interna de representante principal, primer suplente y segundo suplente.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Estar pendiente de envío de oficio por parte de la segunda terna.	Andrea Palacio y Stefanny Londoño	26-04-2025	26-05-2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Designación de Representantes y Suplentes ante el COPACO - Consejo Territorial de Salud Municipal 2025-2027

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Sin anexos.

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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

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

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

FECHA: 2025-04-29

HORA: 5:00 pm

LUGAR: Secretaria de Salud Municipal

OBJETIVO:

Acompañamiento en designación representantes y suplentes COPACO

ASISTENTES:

- Andrea Palacio.
- Stefanny Londoño.

ORDEN DEL DÍA:

No.	TEMA	RESPONSABLE
1	Acompañamiento en designación de representantes y suplentes COPACO	Stefanny Londoño
2		

SEGUIMIENTO COMPROMISOS ACTA ANTERIOR (Si los hay):

No.	COMPROMISO	ESTADO Y OBSERVACIONES
1	N/A	N/A

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Para el día de hoy se realiza acompañamiento en designación de representantes y suplentes de Consejo Territorial de Salud Municipal 2025-2027.

En cumplimiento del Decreto 1757 de 1994, artículo 6, y de acuerdo con el cronograma establecido para la conformación del Comité de Participación Comunitaria en Salud – COPACO del municipio de Santa Rosa de Cabal, la Secretaría de Salud Municipal informa que, una vez revisadas y aceptadas las ternas presentadas por las organizaciones habilitadas, se realizó la designación de los representantes y suplentes ante el COPACO para el periodo 2025-2027.

Con base en los criterios de participación, representatividad y autonomía organizativa, se realizó la siguiente designación:

1. Representación de la Mesa de Salud Pública Municipal:

• Representante Principal: William López Trujillo

• Primera Suplente: Lina Esperanza Ospina

• Segunda Suplente: Marta Eugenia Quintero

2. Representación de la Mesa de Educación Municipal:

• Representante Principal: Orlando Uribe Buitrago

• Primera Suplente: Luz Elena Escudero Correa

• Segunda Suplente: Paula Cristina Gallego Acevedo

Se emite documento para conocimiento público.

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Santa Rosa de Cabal, 29 de abril de 2025

COMUNICADO OFICIAL

Asunto: Designación de Representantes y Suplentes ante el COPACO - Consejo Territorial de Salud Municipal 2025-2027

En cumplimiento del Decreto 1757 de 1994, artículo 8, y de acuerdo con el cronograma establecido para la conformación del Comité de Participación Comunitaria en Salud – COPACO del municipio de Santa Rosa de Cabal, la Secretaría de Salud Municipal informa que, una vez revisadas y aceptadas las ternas presentadas por las organizaciones habilitadas, se realizó la designación de los representantes y suplentes ante el COPACO para el periodo 2025-2027.

Con base en los criterios de participación, representatividad y autonomía organizativa, se realizó la siguiente designación:

1. Representación de la Mesa de Salud Pública Municipal:

- **Representante Principal:** William López Trujillo
- **Primera Suplente:** Lina Esperanza Ospina
- **Segunda Suplente:** Marta Eugenia Quintero

2. Representación de la Mesa de Educación Municipal:

- **Representante Principal:** Orlando Uribe Buitrago
- **Primera Suplente:** Luz Elena Escudero Correa
- **Segunda Suplente:** Paula Cristina Gallego Acevedo

Los ciudadanos designados asumirán sus funciones conforme a lo establecido por la normatividad vigente, representando los intereses de sus respectivos sectores ante el Consejo Territorial de Salud Municipal, espacio clave para el fortalecimiento de la participación social en salud.

COMPROMISOS (Si los hay):

No	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
1.	Programar primer COPACO- Mesa territorial de Salud	Andrea Palacio y Stefanny Londoño	Junio de 2025	Junio de 2025

FECHA DE PRÓXIMA REUNION:

Pendiente programar primer COPACO-Mesa Territorial de Salud.

NOMBRE RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	E mail	Teléfono	CARGO
Stefanny Londoño Ruiz	enfermerastefannylondono@gmail.com	3104351922	Enfermera contratista.

Anexos: Listado de asistencia

Elaboró: Stefanny Londoño Ruiz – Enfermera contratista

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