ALCALDIA DE IBAGUÉ

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

INFORME MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN COMPONENTE DE INMUNOPREVENIBLES

YOLANDA AGUIRRE RIOS

NOVIEMBRE DE 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. LISTA DE GRAFICAS
2. LISTA DE TABLAS
3. LISTA DE ANEXOS
4. INTRODUCCION
5. JUSTIFICACION
6. OBJETIVOS
   OBJETIVO GENERAL
   OBJETIVOS ESPECIFICOS
7. METODOLOGIA
8. DEFINICIONES OPERACIONALES
9. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES
10. RESULTADOS Y ANALISIS DEL MONITOREO
11. DIFICULTADES.
12. LOGROS
13. CONCLUSIONES.
14. ANEXOS

1. LISTA DE GRAFICAS

- Grafica número 1. coberturas de vacunación para niños/as menores de 1año.
- Grafica número 2. coberturas de vacunación para niños/as de 12 a 23 meses
- Grafica número 3. coberturas de vacunación para niños y niñas de 24 a 60 meses con tv ref.
- Grafica número 4. coberturas de vacunación para niños y niñas de 12 a 71 meses con fiebre amarilla
- Grafica número 5. esquema completo de vacunación población menor de 6 años.
- Grafica número 6 distribución de la población por régimen de seguridad social.
- Grafica número 7. distribución de la población por EAPB
- Grafica número 8. población encuestada por grupos étnicos durante el monitoreo rápido de coberturas en vacunación.
- Grafica número 9. población encuestada durante el monitoreo rápido de coberturas en vacunación.
- Grafica número 10. población vacunada durante el monitoreo rápido de coberturas en vacunación.
- Grafica número 11. edad de la población vacunada durante el monitoreo rápido de coberturas en vacunación.
- Grafica número 12. Motivos de No Vacunación
- Gráfica número 13. Población encuestada para fiebre amarilla
- Gráfica número 14. Población vacunada contra fiebre amarilla y verificada en PAIWEB.

2. LISTA DE TABLAS

Tabla número 1. Distribución de la población por régimen de Seguridad social y EAPB

Tabla número 2. Distribución de la población encuestada por grupos de edad.

Tabla número 3. Distribución de la población encuestada por grupos de edad para Fiebre Amarilla.

Tabla número 4 . Distribución de la población susceptible para vacunación en menores de 6 años.

3. LISTA DE ANEXOS

1. Formato encuestas de coberturas
2. Mapas por Rutas
3. Registro Fotográfico
4. Jingle perifoneo y registro fotográfico
5. Informe en medio físico y magnético

4. INTRODUCCION

Todo Programa Ampliado de Inmunizaciones debe realizar un monitoreo detallado de la cobertura alcanzada en cada municipio; esto incluye el análisis de los datos administrativos de los niños vacunados y la información recopilada mediante la realización de monitoreo rápido de vacunación (MRV) casa por casa. Ese análisis es realizado por el equipo municipal, con el acompañamiento del nivel departamental/distrital y nacional, con la finalidad de verificar si alcanzó la meta de ≥95% de cobertura en los biológicos trazadores en cada uno de los municipios del país. Los MRV darán evidencia de la ausencia de niños no vacunados en un ámbito determinado monitoreadas con énfasis en las localidades, comunas, barrios, sectores, zonas, entre otros, de alto riesgo para la importación de virus eliminados ejemplo: como del virus del sarampión y la rubéola.

El término *monitoreo* significa el rastreo sistemático de elementos claves del desempeño de un programa, es decir, se focaliza en observar indicadores de manera continua que reflejan los resultados de actividades y estrategias específicas realizadas en una determinada zona o en el país, lo que se traduce en la verificación de la calidad de los procesos.

El acúmulo de población susceptible está determinado por dos condiciones esenciales. La primera es que las vacunas no son 100% efectivas, reportando algunos rangos de efectividad de entre el 89 al 97% (4, 5, 6). Por lo tanto, algunos niños vacunados no responden a la primera dosis de la vacuna. En segundo lugar, la cobertura de vacunación no siempre alcanza el 95% esperado, y puede existir población susceptible al interior del país. Por ello, es necesario verificar que la cobertura sea homogénea, garantizando una gestión efectiva del programa de vacunación que evite el acúmulo de cohortes no vacunadas y procure eliminar las barreras de acceso geográfico o cultural, la renuencia de grupos específicos debido a diferentes creencias, motivos religiosos, por carencia de información o manejo de conceptos erróneos (7,8). Colombia, para mantener la sostenibilidad de erradicación del polio salvaje, la eliminación del sarampión y la rubéola, además de la vacunación para el control de enfermedades prevenibles por vacunación, realiza las Jornadas de Vacunación, en busca el acumulo de niños susceptibles de 0 a 5 años,11 meses y 29 días. En cumplimiento a las recomendaciones emanadas de los LINEAMIENTOS NACIONALES PARA LA GESTION Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI 2025, "Realizar un Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores, en el mes de mayo y según metodología dada por el MSPS, que sirva para tomar decisiones oportunas e inmediatas según los resultados con su correspondiente plan de mejora (esta actividad está a cargo del municipio) Por lo tanto, el MRV de trazadores debe: Verificar el logro de cobertura de trazadores ≥ 95% homogénea en aquellos sectores o zonas de las localidades, comunas, barrios, entre otros, monitoreadas del municipio; ya

que una MRV se ejecuta para alcanzar el nivel de inmunidad requerido para mantener los retos del programa en erradicación, eliminación y control de los virus altamente transmisibles.

5. JUSTIFICACIÓN

Dado el bajo cumplimiento presentado en las coberturas del Municipio; se hace necesario que durante el mes de junio, se realice un Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación para el programa permanente, Para la Verificación de vacunados y no vacunados de una zona, sector o barrio intervenido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones , la Captación de la población objetivo pendiente de vacunar reorientando las tácticas de vacunación, disminuyendo oportunidades perdidas y evitando pérdida de tiempo, Identificación de las causas de NO vacunación, reorientando las tácticas de vacunación del programa permanente.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL Verificar la situación de vacunación (vacunado y no vacunado) del programa permanente de los biológicos trazadores en población de 0 a 5 años, 11 meses y 29 días. en una zona, sector o barrio del municipio, mediante un proceso de evaluación en terreno, en corto tiempo, reorientando las tácticas de vacunación para la captación de la población no vacunada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la cobertura de vacunación de la población objetivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones para BCG, 2 Dosis de Rotavirus, 2 Dosis de Neumococo, 3 Dosis de Polio, 3 Dosis de Pentavalente, 1Refuerzo de Neumococo, Triple Viral, 1 Refuerzo de Triple Viral, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, en las zonas, sectores, áreas intervenidas del municipio.
- Estimar la cobertura de Vacunación con Esquemas completos para la edad en las zonas intervenidas
- Estimar la proporción de vacunados por asegurador.
- Captar la población vacunada y no vacunada mediante la visita casa a casa y la revisión de carné de vacunación, vacunando a la población identificada como no vacunada y actualizando los registros de vacunación establecidos
- Analizar los resultados del MRV en zonas, sectores o áreas del ES/municipio intervenido para determinar si están adecuadamente o no vacunadas, para establecimiento de plan de contingencia de inmediato y la priorización de las áreas de riesgo para orientar las tácticas de vacunación en el nivel operativo.
- Evaluar y orientar la toma de decisión de forma inmediata de los programas de vacunación municipal mediante la generación de acciones focalizadas de

vacunación para alcanzar el 95% de coberturas de vacunación en los territorios.

7. METODOLOGIA

NIVEL MUNICIPAL

Alcaldía

• Gestionar, apoyar y facilitar los recursos necesarios y la logística para llevar a cabo la realización del monitoreo de coberturas de vacunación.

Secretaria de Salud Municipal

• Disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo el monitoreo de coberturas de vacunación. (talento humano, insumos y logística).
• Disponer de la información necesaria para llevar a cabo el monitoreo de coberturas de vacunación, (mapas, censos, papelería).
• Adoptar y adaptar los lineamientos nacionales a los escenarios locales.
• Planear, organizar y ejecutar la capacitación al personal participante del monitoreo de coberturas de vacunación.
• Revisar, consolidar y analizar la información resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio y enviarla al departamento cumpliendo con las fechas dispuestas para
ello.
• Divulgar los resultados a los actores del Sistema de Seguridad Social del Municipio para la toma de decisiones y acciones de mejora, cuando sea el caso.

Responsabilidad del personal del nivel operativo Vigilancia

en salud pública o epidemiólogo.
• Planear, los procedimientos y acciones del monitoreo de coberturas de vacunación.
• Coordinar la realización del monitoreo de coberturas de vacunación.
• Aplicar la metodología establecida según los lineamientos.
• Supervisar las actividades del monitoreo de coberturas de vacunación en el terreno y verificar la calidad de la información de la base de datos para generar los correspondientes reportes de salida.
• Revisar, consolidar y analizar la información resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio y enviar al departamento cumpliendo con las fechas dispuestas.

Coordinador o encargado PAI del municipio:

Coordinar las actividades del monitoreo de coberturas de vacunación junto con el equipo de vigilancia en salud pública.
• Apoyar el proceso metodológico para la realización del monitoreo de coberturas de vacunación establecida en los lineamientos.
• Apoyar la supervisión de las actividades del monitoreo de coberturas de vacunación en el terreno.
• Participar en la revisión, consolidación y análisis de la información del resultado del monitoreo

de coberturas de vacunación del municipio y enviar al departamento cumpliendo con las fechas dispuestas para ello.
• Coordinar las actividades de vacunación para la población susceptible encontrada en el MRC hasta completar esquemas completos de vacunación.

Profesionales de apoyo PAI / vigilancia

• Asegurar y verificar la realización del monitoreo de coberturas de vacunación en las manzanas seleccionadas.
• Apoyar la supervisión del diligenciamiento de los formatos durante y posterior a la realización
del monitoreo de coberturas de vacunación e identificar errores e implementar correctivos.
Participar en la revisión, consolidación y análisis la información resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio.

Encuestadores

• Desarrollar las actividades operativas del monitoreo de coberturas de vacunación dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por el MSPS (recorrido de las manzanas, entrevista, obtención de la información y registro).
• Recolectar la información a partir de la transcripción de la información registrada en los camés
y la suministrada por la persona que atiende al encuestador durante el proceso.
• Garantizar que la información que se recoge es fidedigna y custodiarla hasta su entrega para análisis.

Vacunadores

• Asegurar la vacunación y el seguimiento a las personas que fueron vacunadas en el territorio.
• Diligenciar los formatos diseñados de vacunación.
• Garantizar las actividades y acciones de bioseguridad y vacunación segura extramurales.
• Registra la información en el Sistema de Información nominal posterior a las actividades de campo.

Técnico de Sistemas:

• Se requiere que el funcionario a cargo tenga claro los conocimientos en el manejo de Microsoft office Excel®. Este rol puede ser delegado por el epidemiólogo o coordinador PAI a quien tenga el perfil adecuado para realizar esta actividad.
• Ingresar la información a la base de datos a partir de los formatos revisados.
• Verificar la calidad de la información de la base de datos para generar los reportes de salida.

8. DEFINICIONES Y CONSIDERACIONES TÉCNICAS OPERACIONALES:

MONITOREO DE COBERTURAS (MRV): Es una herramienta de gestión y supervisión para determinar el estado vacunal de una población y zona determinada, identificando la población vacunada y la no vacunada, priorizando las áreas de riesgo por acumulo de

población susceptible para su intervención a fin de vacunarlas. Aplicación simple, rápida y de bajo costo, ejecutado por el nivel operativo con supervisión de otros niveles, mediante la visita casa a casa, determinando la proporción de vacunados y no vacunados de una zona, barrio, sector del municipio facilitando información de forma inmediata.
Permite la detección de bolsones de población susceptible (sin vacunar o con el esquema incompleto), permitiendo la identificación rápida de áreas de riesgo para la presencia de casos salvajes o asociados a la vacunación, importación del virus del sarampión y rubéola, o por bajas cobertura administrativa, silencio epidemiológico y brotes.
Ayuda a la Evaluación del desempeño del programa de permanente, mejorando el servicio de vacunación, reorienta las tácticas de vacunación en la búsqueda de la población identificada como no vacunada.

ENCUESTA: técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal se le realiza a las personas (cuidadores o los custodios de los niños) de la población objeto, con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación (monitoreo de coberturas de vacunación).

CONGLOMERADO: mínima unidad de agrupación objeto de selección de manzana o centro poblado, concentrados dentro de límites geográficos y administrativos definidos claramente.

POBLACIÓN OBJETO DEL MONITOREO DE COBERTURAS.
Población residente en el municipio con un tiempo mínimo de dos (2) meses:

ESQUEMA PERMANENTE:
a. Niños y niñas menores de un año de edad (0-11)
b. Niños y niñas de un año de edad 12 a 23 meses
c. Niños y niñas de 24 a 35 meses
d. Niños y niñas de 60 a 70 meses

POBLACIÓN (NIÑO- NIÑA) VACUNADA EN EL MRV NIÑA/NIÑO VACUNADO:

Toda niña/niño que recibió dosis de vacunas de trazadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones y se puede comprobar través del carné de vacunación, registro nominal registro manual o electrónico del ES (IPS) o municipio u otro medio de verificación.

MEDIO DE VERIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN VACUNADA EN EL MRV

- Carné de vacunación emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social o carné de vacunación emitido por médico particular, que confirme el estado de vacunación de la población objetivo de trazadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Registro nominal manual o electrónico de vacunados (PAIWEB_PAINOMINAL, SIS de vacunación), considerados como registros institucionales que certifican la aplicación de vacunas a la población objetivo trazadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

DURANTE LA EJECUCIÓN DEL MONITOREO:

Lo realiza el supervisor del MRV al finalizar el día, monitoreando el sector o localidades cubiertas por las brigadas de vacunación. Se orienta a: Identificar a los no vacunados; Evaluar la calidad del trabajo de las brigadas de vacunación; y Comprobar la efectividad de las tácticas de vacunación utilizadas por cada brigada.

MONITOREO INTERMEDIO: Lo realiza el ES/municipio, distrito, departamento cuando: Se finalizó la vacunación de todas las localidades del área de responsabilidad del ES según la micro planificación Identificación de las localidades que de acuerdo con la micro planificación no alcanzaron coberturas ≥95; y Se realizaron MRV diarios y se aceptó la localidad como vacunada.

MONITOREO FINAL: Lo realizan los distritos, municipios de manera cruzada o por un evaluador externo aplica para:

- Municipios que no han alcanzado a la fecha designada las coberturas de vacunación o cuando presentaron brote, ejemplo de sarampión, rubéola o SRC.
- Clasificados de alto riesgo para la importación del sarampión según Témplate y, Clasificados de alto riesgo por cohorte de población susceptible para la diseminación de virus.
- El departamento/Distrito será el responsable de la conducción, evaluación del proceso

CASA EFECTIVA (E): vivienda donde vive de la población objeto del programa y hay una persona (cuidador o custodio) dispuesta a suministrar la información. Por cada conglomerado se busca 20 casas efectivas.

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN se deben determinar cuáles fueron las razones que encontradas con mayor frecuencia para la no vacunación. Es importante analizar las razones según categorías:

I. Relacionadas con la logística y estrategias del Programa
1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador
2. Horario de vacunación restringido.
3. Largos tiempos de espera.
4. No había vacunas o insumos.
5. Falta o perdida de carné de vacunación.
6. No afiliado.
7. Desconocimiento de la jornada.
8. Desconocimiento que las vacunas son gratis

II. Relacionados con la salud del niño estaba enfermo, tiene una contraindicación médica
9. Niño enfermo
10. Niño hospitalizado
11. Orden médica por enfermedad
12. Reacción adversa a dosis previas (leve, moderada o grave)
13. El médico dijo que tenía las vacunas completas
14. Peso menor a 2000 grs.
15. Anafilaxia a dosis previas (reacción alérgica grave que compromete la vida del niño)

III. Relacionados con el cuidador o familia
16. Falta de tiempo del cuidador.

17. Rechazo de la vacunación
18. Porque tiene las vacunas completas

PASOS DEL MONITOREO DE VACUNACIÓN



Paso 1 Planificación.

Calculo de numero de MRC consideraciones

- El municipio es la unidad de análisis definida para los MRV a nivel del departamento y nacional, Colombia está dividida en 32 entidades territoriales y 5 Distritos, con un total de 1.102 municipios y 20 corregimientos.
- El porcentaje para calcular el número de MRV se ajusta según los parámetros de rango de población establecidos. En Protocolo genérico 1.
- El número de niños a captar por MRV será de 20 niños de hasta el 2% de la población total del municipio , entrevistando cuatro niños por edad simple (0,1); 3 niños por las siguientes edades: 2 ,3, 4 y 5 años, en edades de 0 a 5 años 11 meses y 29 días años. .
- Los MRV del municipio serán distribuidos por localidades de riesgo a conveniencia y el resto por sorteo aleatorio al azar.
- Base meta programática total del municipio:

Tabla No.1

Cons	Departamento	COD	Municipio	POB. < 1 AÑO META PROGRAMATICA	POB. 1 año META PROGRAMATICA	POB. 5 Años META PROGRAMATICA	TOTAL
73	TOLIMA	73001	Ibague	4630	4897	6041	17836

Los datos no podrán ser extrapolables del municipio para coberturas de vacunación municipal, pero puede ofrecer una evaluación de la situación de vacunación de los niños de la zona monitoreada.
Una vez se estableció los grupos a evaluar, se tomó la meta programática año 2025 y se realizó una estratificación por peso poblacional para posteriormente asignar al municipio el tamaño de muestra y número de conglomerados a realizar

Condiciones de riesgo en la población

- Alto tránsito de población migratoria.
- Poblaciones que enfrentan barreras de acceso a los servicios como indígenas, afro, entre otros o urbano marginales.
- Población caracterizada de alto riesgo de desplazamiento Autos de la Corte
- Zonas determinadas con población susceptible como áreas de frontera
- Población residente en sitios turísticos
- Áreas o barrios que en la última evaluación de coberturas hayan obtenido una cobertura menor del 95%.
- Zonas donde el programa tiene difícil acceso
- Zonas donde no se ha podido cumplir con las actividades de micro planeación para el seguimiento a cohortes.

Una vez seleccionadas las áreas con base en criterios de riesgo, y haga falta puntos para monitorear, se recomienda seleccionar al azar los nuevos puntos.

.

Asignación de recursos conformación de equipos para el monitoreo de Coberturas de Vacunación:

De acuerdo a los recursos disponibles cada municipio define el número de MRV a realizar, garantizando la logística necesaria para ello, La conformación y capacitación de los equipos que realizarán el MRC es esencial para que tengan los conocimientos y habilidades requeridas para aplicar la herramienta.
Para calcular los recursos necesarios para realizar los MCV se debe considerar el número de vehículos requeridos para desplazarse a los diversos lugares del municipio, talento humano, biológicos e insumos de vacunación, red de frío, tiempo de trabajo de campo, condiciones de seguridad de la zona a intervenir, factores climáticos, geográficos y contar con medios para el registro de evidencia fotográfica o video.

Antes de salir al terreno, se debe garantizar que el equipo maneje los instrumentos de registro, conozca los procedimientos de selección del punto de arranque, la técnica de entrevista, el registro de la información, entre otros aspectos esenciales del MRC, así como aprovechar ese momento para resolver cualquier duda que tengan los funcionarios que saldrán a terreno.
Para la realización del MCV se debe contar con el reconocimiento de las localidades, comunas, barrios entre otros, garantizando el acceso de la información

de los grupos de entrevistadores, el recorrido de la zona seleccionada para el MRV, previa difusión a la comunidad, responsable del suministro de vacunas, jeringas e insumos para la vacunación durante el MCV.

Es necesario que los participantes manejen apropiadamente las definiciones operativas.
La capacitación de MRV incluirá los siguientes aspectos:

- Objetivos del MRV.
- Metodología y trabajo en terreno (criterios de inclusión y exclusión, motivos de no vacunación, lectura e interpretación de carné de vacunación)
- Técnicas de entrevista.
- Recolección de la información, Llenado correcto de instrumentos, Ejercicios y prueba de campo.
- Tabulación y análisis de la información

Antes llegar a los lugares seleccionadas es importante informar a líderes locales y contactos de la comunidad para que las familias estén atentas a la llegada de los equipos de monitoreo y tengan los comprobantes o carnés de vacunación a mano. La participación del gobierno local y de representantes de la comunidad en el monitoreo es de gran relevancia para que la recolección de datos sea efectiva y se reduzca en lo posible el número de casas cerradas y sea efectivo el trabajo de campo.

PASO 2 Ejecución

Inicio del trabajo de campo Selección de los conglomerados con las siguientes acciones:

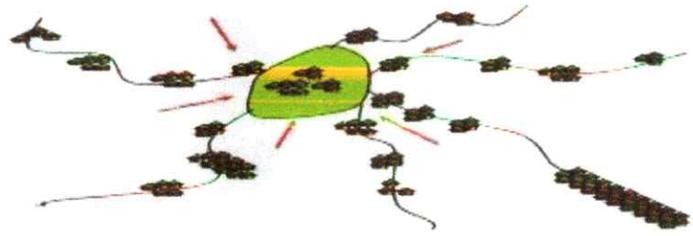
✓ El equipo de salud del municipio planifica el cumplimiento del MRV para cumplir la entrega a tiempo.
✓ Informar a líderes locales y contactos de la comunidad sobre el día y hora de realización del MRV
✓ Disponibilidad del carné u otros comprobantes de vacunación por parte de la familia.
✓ Incorporación a los miembros del gobierno local, representantes y líderes de la comunidad en el MRV.
✓ Sectorización de las localidades, comunas barrios entre otros:
✓ Cada municipio para iniciar el proceso de selección de localidades barrios, sectores, deberá identificar y establecer los límites en un croquis y estimar la población.
✓ Procedimiento para seleccionar las localidades para el MRV
✓ Sectorizar las localidades, comunas, barrios de responsabilidad del municipio, de acuerdo con los criterios de acceso geográfico, densidad poblacional, características de la población y tipo de actividad económico entre otros.
✓ Verificar que la sectorización de las localidades cubra al 100% del área geográfica y de la población asignada incluyendo asentamientos nuevos sin dejar descubierta ninguna área.
✓ Identificar el número de MRV que le corresponde realizar a cada municipio, de acuerdo con la programación establecida por el nivel nacional.

Sectorización según mapa del municipio

• La selección de las áreas y casas a encuestar depende si están ubicadas en zonas urbanas, pues el proceso de sectorización se realiza por manzanas o seleccionadas al azar, para luego identificar un punto de arranque e iniciar las visitas casa a casa.
Seleccionada la primera casa, se prosigue con las visitas casa a casa hasta encontrar el número de niños establecido para cada monitoreo. En el caso de comunidades rurales, se recomienda ubicar un centro donde se concentra la población e identificar los diversos caminos o veredas.

• Dado que la población que se va a monitorear puede vivir en conjuntos residenciales (edificios de apartamentos), también se debe realizar el monitoreo en ese tipo de condominios habitacionales, el proceso de selección de apartamentos es similar a los descritos para las casas, solo que en este caso se enumeran los edificios, luego se enumeran los pisos y se identifica un departamento al azar para iniciar y luego continuar con las visitas hasta completar el número de personas incluido en el monitoreo. Ubicación de las casas en comunidades rurales para realizar el MCV.

- Identifique el centro de la comunidad, las rutas más importantes de acceso para captar a la población y los grupos prioritarios según etnia, religión, otros.
- Inicie los monitoreos en el centro de la localidad desplazándose por las diversas rutas hasta completar 20 niños asignados a cada MRV



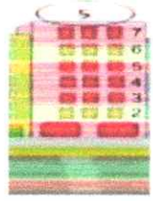
Identifique el centro de la comunidad, las rutas más importantes de acceso para captar a la población y los grupos prioritarios según etnia, caracterización, otros.
• Inicie las actividades de encuesta en el centro de la comunidad, desplazándose por las diversas rutas hasta completar el número de personas asignadas a cada MRC.

Selección de edificios y áreas residenciales para realizar el MRC: se tiene en cuenta los siguientes pasos:
• Enumerar los edificios y seleccione al azar uno de ellos.
• Una vez seleccionado el edificio, enumere los pisos del edificio y escoja al azar un piso.
• Al llegar al piso seleccionado, enumere todos los departamentos.
• Escoja al azar el primer departamento a visitar y continúe con los departamentos siguientes hasta completar el número 20 de niños/as.
• Si no se encuentran en el mismo piso, pase al piso siguiente hasta completar los 20 niños s/as que se requiere entrevistar. Selección de edificios y áreas residenciales para realizar el MRC

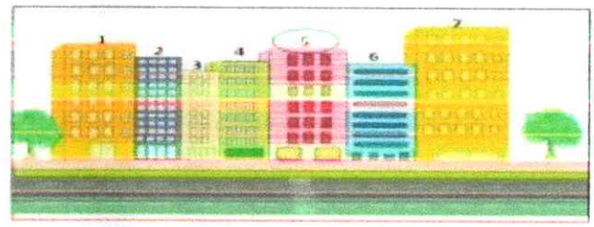
Enumere los edificios y seleccione al azar uno de ellos.

Una vez seleccionado el edificio, enumere los pisos del edificio y escoja al azar un piso.

Al llegar al piso seleccionado, enumere todos los apartamentos.



Ej. Iniciar en un apartamento del edificio 5 y piso 4



- Escoja al azar el primer apartamento a visitar y continúe con los apartamentos siguientes hasta completar el número de niños asignado.
- Si no se encuentran en el mismo piso, pase al piso siguiente hasta completar el total de 20 niños.

Durante la recolección de información, pueden situaciones como las siguientes,

Situacion	Acciones
Casa seleccionada está cerrada o no se encuentra una persona adulta que facilite la información	No se considera para el MRV y se continúa en la casa contigua. Recuerde: verifique si en esa casa hay población de 0 a 5 años para seguimiento posterior en programa de rutina.
Se finalizó el recorrido de la manzana y no se encuentro la población de 0 – 5 años asignada para el MRV (20 niños), **cuatro por cada edad simple (0,1) y 3 niños de: 2, 3, 4 y 5 años**	Se debe continuar en la manzana contigua y así sucesivamente hasta completar la meta asignada para el MRV.
En una casa encuentro mas de dos niños de 0 a 5 años, considero a todos para la entrevista	En el MRV por cada casa visitada va a considerar **un** niño el azar del total de la población de **0 a 5 años,** que reside en la misma. Recuerde: revisar el carné de vacunas de cada uno y registrar el estado vacunal.
En el recorrido se encuentro un jardín de niños, guardería escuela se procede a realizar entrevistas para MRV	No se consideran para realizar el MRV del programa permanente, este tipo de establecimientos. Recuerde: el MRV de trazadores solo se realiza casa a casa.
Se encuentran al momento del MRV en las casas visitadas, niños de 0 a 5 años, que están de visita	Solo se deben considerar a la población de **0 a 5 años,** que residen en la localidad. Recuerde: Para fines del MRV, son residentes aquellos que viven en la localidad, comuna o barrios por más de dos meses.
En el MRV de 20 niños, al inicio de la actividad encuentra 2 niños sin vacunación durante el MRV	Proceda **a suspender** el MRV, e inicie la vacunación casa a casa. Recuerde: En un meta de 20 niños, dos sin vacuna representa el 10%, lo que significa que, aunque complete los 20 niños la zona no está bien vacunada ya que el resultado del MRV será del 90%
Si, luego de realizar vacunación casa a casa y reiniciar el MRV y aun no obtiene el 95% en todos los trazadores, proceda a **suspender de nuevo** el MRV hasta lograr la cobertura.	inicie el MRV en otro punto cardenal diferente al del MRV fallido y los datos (meta de niños) obtenidos en este primer intento (fallido) no pueden ser incluidos en la meta por edad. Es decir **inicie de nuevo todo el proceso**
Si, luego de intentar varias veces obtener el 95% en todos los trazadores y reiniciar el MRV en 3 oportunidades siendo fallidos, diligencie la base con los datos obtenidos en el último MRV	Debe realizar barrido documentado y priorizar la zona en la microplanificación en los meses siguientes y realice MRV constantes en el área.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

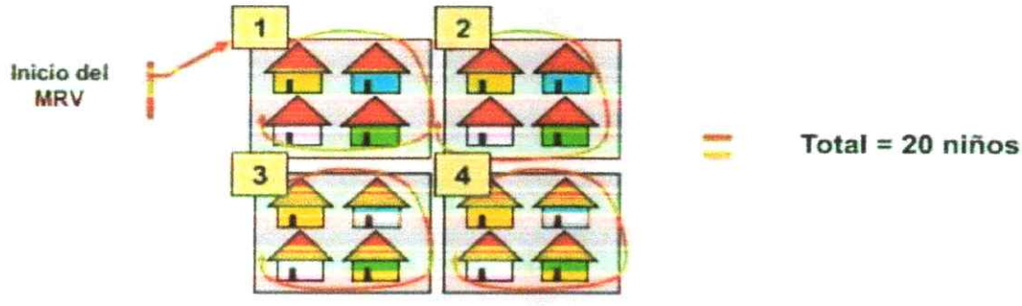
- Población de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, que residan en la localidad y que al momento de la visita pueda confirmar con carné de vacunación, u otro comprobante de vacunación que fue vacunado por el Programa permanente.
- Población objetivo que residen en la casa, que no están presentes durante el monitoreo, pero padres han dejado el comprobante de vacunación con un informante.
- Todos los niños 0 a 5 años 11 meses y 29 días de la localidad a monitorear con una residencia de más de dos meses o que residen, incluye (Niños migrantes que tengan una residencia mayor de 2 meses).

Exclusión:

- Población fuera del rango de edad
- Población que se encuentran de visita, en vacaciones o de paso en la casa monitoreada y que no residen en el municipio o localidad seleccionada.
- Personas con enfermedades graves con contraindicación de la vacunación, inmunodeprimidos, tratamiento con corticosteroides prolongados (tres meses mínimos).
- Niños menores sin informantes en la vivienda que pueda aportar la información.

Selección punto de arranque

Localidades en zona urbana una vez seleccionada la manzana de la localidad, se identifica una esquina como punto de arranque y se procede con las visitas casa por casa siguiendo el sentido de las manecillas del reloj hasta encontrar los 20 niños, (cuatro niños por edad simple (0,1) y de 3 niños por las siguientes edades: 2 ,3, 4 y 5 años, de no encontrar los 20 niños continúe con la manzana próxima hasta completar los 20 niños



Recolección de la información

Para registrar los datos recolectados en cada casa o apartamento, se deben realizar las siguientes acciones:

• Identificarse con nombre y lugar de trabajo
• Explicar el motivo de la visita y solicitar el carné de vacunación de la población objetivo que vivan en la casa.
• Revisar el carné independiente que esté o no esté el niño/a, pero se debe asegurar que se encuentre una persona que pueda suministrar la información.

• Si en la casa reside más de un niño/a de 1 a 5 años ,11 meses y 29 días, revisar el estado vacunal de todos y registrarlo en los formatos.
• Si encuentra niños/as con esquema incompleto, articule con el equipo de vacunadores para que proceda a vacunarlo. De no encontrarse el niño/a registre los datos de contacto y canalícelo al servicio de vacunación. En áreas muy dispersas con poca población, se puede analizar el criterio anterior y seleccionar todos los niños/as de la casa que está en la población meta.
• Si se encuentran casas cerradas, se toma nota de la casa para revisar con los responsables locales si en esa vivienda residen niños/as de 1 a 5 años ,11 meses y 29 días de edad. De identificar que en esa casa cerrada residen niños y se pueden obtener sus nombres, se debe verificar en el Sistema de Información Nominal el estado vacunal.
• Registrar el motivo de no vacunación en caso de encontrar niños/as no vacunados según las diferentes razones que se indican en el formulario de recolección de muestra.
• Aprovechar toda oportunidad para hacer preguntas sobre conocimientos y prácticas de las familias sobre vacunación, además de informar y aclarar conceptos, conocimientos e información errónea.

Supervisión y revisión de la información

Esta actividad se realizará durante todo el proceso, desde la planificación hasta finalizar las acciones de campo, el nivel nacional, departamental, distrital y municipal incorporará equipos de supervisión para la verificación en terreno del MRV, asignando un supervisor por cada cinco equipos de MRV quienes deberán:

- Disponer de lista de localidades que deben supervisar, lista de puntos geográficos a encuestar y números de teléfonos de cada encuestador.
- Contar con las direcciones, número del sector; referencias de las localidades para la ubicación del lugar y entrega mapas con manzanas identificados, de ser posible acompañar a la zona e identifique el sector seleccionada.
- Verificar la ejecución del MRV en los sectores seleccionados de su área de responsabilidad asignada Comprobar como punto de inicio de las manzanas una esquina, sitúa al entrevistador para que su recorrido obedezca al de las manecillas del reloj, de ser posible ilustra en terreno el recorrido a realizar.
- Verifica el llenado de los formatos juntamente con el entrevistador al inicio y al final del trabajo de campo con énfasis en: diligenciamiento correcto de los datos de identificación del área, Registro de información (control de calidad), está completa y corresponde a las filas y columnas, los totales son congruentes, las razones corresponden a las categorías.
- En caso de incongruencia se deberá validar en los domicilios la información.
- Participa en la compilación, revisión, validación, consolidación y análisis de la información del resultado de los MRV.

PASO 3 Análisis de la información Tabulación y cálculo de indicadores

Al concluir el monitoreo de cobertura de vacunación en el área seleccionada se procede a la tabulación de la información realizando control de calidad de la información de la población objeto de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días y por edades simples, conforme al porcentaje de niños/niñas de la población objeto vacunadas con los biológicos trazadores así:

- Esquema completo para niños menor de un año (0-11 meses)
- Esquema completo; en niños de un año de edad (12 a 23 meses),
- Esquema completo para niños de 24 a 35 meses,
- Esquema completo para niños de 64 a 71 meses,

Los datos obtenidos de la evaluación de cobertura, se deben tabular por manzanas o conglomerados en la base de datos anexa al presente documento. Con el fin de evitar sesgos de información, el epidemiólogo o coordinador PAI debe revisar la información obtenida en los instrumentos y la base de datos.
Una vez tabulada y revisada la información, se obtendrán los indicadores que se presentan a continuación para completar el análisis y establecer las conclusiones y acciones a seguir pertinentes.

9. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Según el procedimiento mencionado, se llevó a cabo cada etapa como se especificó y se llevaron a cabo las actividades detalladas en el anexo técnico de la siguiente manera:

Plan de trabajo

- Antes del trabajo de campo, se realizó generación de mapas selección de barrios y manzanas a encuestar de las 13 comunas de Ibagué. Logística que garantice el buen desarrollo de la actividad que incluye transporte, insumos, elementos de protección personal y salida a terreno para ejecución de la actividad.
- La reunión de capacitación que involucró a los encuestadores, supervisores, técnicos de sistemas y al coordinador general (6 enfermeras, 60 auxiliar de enfermería, 3 técnicos de sistemas y 1 coordinadora general) se realizó el 11 de septiembre del 2025.
- Los días 12, 13, 14, 15 y 16 de septiembre del 2025, se contó con 6 enfermeras, 60 auxiliar de enfermería, 3 técnicos de sistemas y 1 coordinadora general, para realizar en territorio el monitoreo de coberturas de vacunación.
- Una vez recopilada la información se procede a revisar la calidad de datos y corregir errores a que haya lugar
- Se inicia con la verificación el estado de vacunación de los niños y niñas en PAIWEB, confirmando la información obtenida en el campo.

10. INTERVENCIONES EN CAMPO Y RESULTADOS:

- Se encuestó a barrios de estratos 1, 2 y 3, que incluyen poblaciones urbanas marginales, desplazadas y áreas de difícil acceso; se identificaron un total de 900 niños y niñas en la base digital, para seguimiento a indicadores trazadores y 108 adolescentes entre 14 a 19 años para Fiebre Amarilla.

- Relacionado con las viviendas ponderadas de acuerdo al riesgo y encuestadas se encontraron.
  Casas Efectivas: 1008
  Casas Cerradas: 460
  Casas que no entregaron información: 115.
- Se proporcionó toda la logística y acciones necesarias para la realización de las encuestas, soportado en actividades de comunicación, capacitación entre otras descritas.
- Se aplicaron las encuestas según el formato del Ministerio de Salud, verificando la calidad de los datos durante y después de la actividad y se adjuntaron al informe sin errores ni correcciones, con todos los campos completados.
- Se realizó un seguimiento por teléfono en las comunas seleccionadas para el monitoreo, y se actualizó la información en las bases de datos municipales de salud, con Digitadores que al finalizar, entregaron las encuestas en formato digital, adjunto al informe.
- En articulación con la ESE USI – se identificaron 21 niños susceptibles para vacunación, los cuales recibieron las dosis correspondientes: 5 Dosis de Pentavalente, 16 Dosis de Triple viral y 23 Dosis de DPT.
- Se entregaron los informes del monitoreo en formato físico y digital, incluyendo los mapas utilizados y dentro del plazo establecido en el contrato, adjuntando todos los soportes necesarios.

El MRC es una herramienta que permite tomar decisiones en el propio sitio donde se recolectan los datos, sea para definir que el área monitoreada está completamente vacunada o, por el contrario, para orientar las actividades de vacunación requeridas para alcanzar las coberturas meta. Por lo tanto, con base en el análisis de los resultados del MRC, se toman decisiones y ejecutan acciones en los tres niveles de gestión en el nivel municipal, las decisiones se toman de manera inmediata a partir de los resultados del MRC.

Al concluir el MRC

Al concluir Las actividades de campo del el MRC de la localidad seleccionada, el equipo a cargo del MRC debe analizar la siguiente información:
• A partir del análisis de los resultados de los MRC asignados al municipio es necesario determinar si hay diferencias entre la cobertura administrativa, para determinar si efectivamente hay grupos de población que no fueron captados.
• Durante el proceso de análisis e interpretación de los resultados es necesario documentar las fuentes potenciales de error y sesgos, reconociendo el alcance y limitaciones de los resultados, dado que pueden tener un efecto en las decisiones tomadas.
• Durante el proceso de verificación se logró identificar el porcentaje de niños vacunados sin ingreso al sistema de información nominal del país.

11. DIFICULTADES ENCONTRADAS

Observancia en las viviendas la persistencia de la renuencia a dar información, actualmente el municipio se encuentra en alto riesgo por fiebre amarilla, lo que representa el despliegue de las diferentes tácticas de vacunación, que generan percepción de agobio de solicitud de información en la comunidad.

• En algunos niños/as se encontraron con el mismo nombre, pero con diferente documento, las fechas registradas en PAIWEB vs carnet de vacunación físicos no coincidían en algunas ocasiones, lo que con llevo mayor trabajo por la necesidad de verificar con las bases de datos de cada IPS.

Se generó una estrategia posterior al proceso con la Canalización a los servicios de vacunación y revisión de niños efectivamente vacunados.

Motivos de no vacunación identificados.

Cuáles son las razones para no vacunar a los niños que aducen los cuidadores o custodios identificadas como no vacunados. Comente acciones de mejora.
a. Falta de tiempo del cuidador o la familia
b. Persona Enferma
c. No había vacunas o insumos
d. Porque tiene las vacunas completas
e. Falta o pérdida de carnet de vacunación

Se programa socialización de hallazgos a las EAPB e IPS en la reunión a realizar en el Mes Noviembre del 2025.
Todos los niños y niñas captados fueron canalizados hacia los servicios de salud de sus IPS correspondientes

¿Cuál es la estrategia de vacunación a partir de la cobertura encontrada?, que va a utilizar el programa vacunación del municipio en adelante:

La canalización y articulación con EAPB para garantizar seguimiento a la cohorte ya que se logró obtener el nombre de los niños/as que residen en las casas renuentes, de manera que fue posible obtener el dato de vacunación en el Sistema de Información nominal u otra fuente de datos.

Las estrategias de articulación para población beneficiaria de programas del estado y de ICBF.

12. LOGROS

- Se desarrolló el Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación en los días establecidos para tal fin, contando con toda la logística y el personal requerido.
- La meta de 1008 niños efectivos fue superada en atención a la metodología establecida y al requerimiento realizado por la secretaria de salud municipal encontrando una comunidad receptiva en el diligenciamiento de la encuesta.
- En los barrios más vulnerables fueron encontrados la mayor parte de los niños y niñas sin esquemas de vacunación completos, siendo esto un logro toda vez que llegamos a población que no es captada por las diferentes IPS, mas a un encontramos población receptiva a permitir la vacunación en casa.

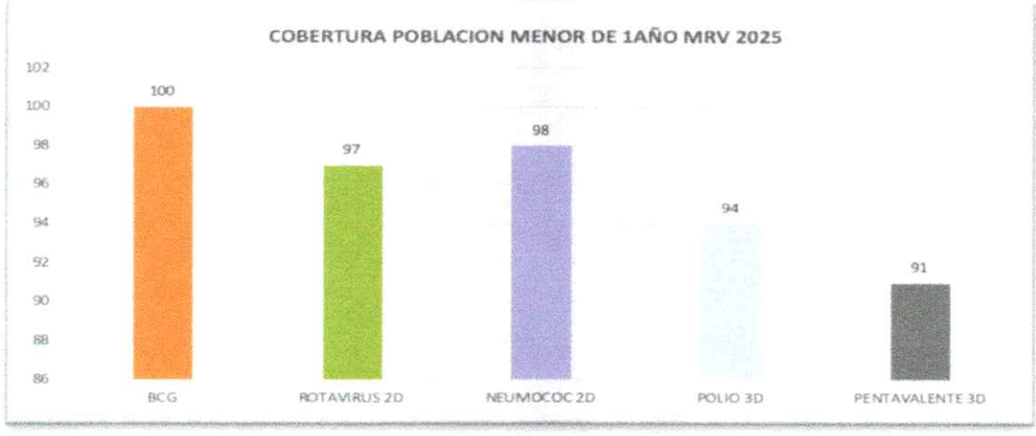
- El personal operativo dispuesto para las encuestas fue asertivo y empático con la comunidad, generando mayor dinamismo y agilidad en la ejecución de las actividades.
- Se logró articulación con ESE UNIDAD DE SALUD IBAGUÉ quien apoyo junto con personal de la secretaria de salud municipal la vacunación de la población susceptible.
- Se logró tratar en la comunidad temas relacionados con mitos y realidades relacionadas con vacunación.

13. CONCLUSIONES

- Se logró estimar la cobertura de vacunación por cada biológico trazador en el Municipio
- Se establecieron los niños y niñas vacunados por régimen de seguridad social en salud.
- Se realizó vacunación en la población que se encontró sin esquemas completos de acuerdo a la edad, garantizando dosis que hicieron parte de las requeridas por el Municipio para el cumplimiento de las coberturas de vacunación.

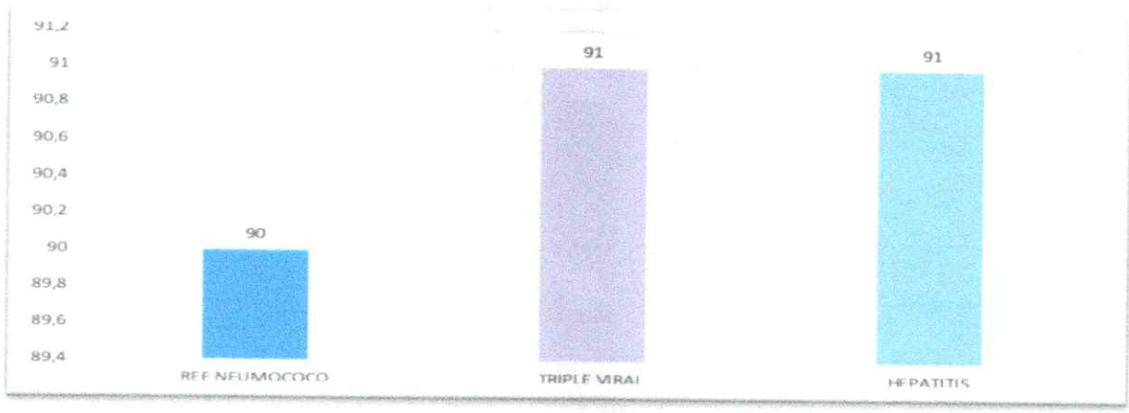
12. ANEXOS

GRAFICA Nº 1 COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS/AS MENORES DE 1AÑO



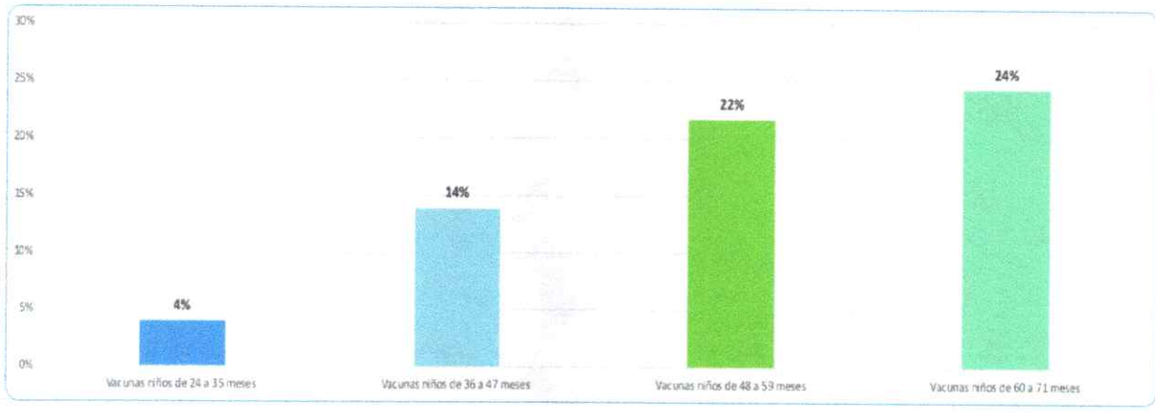
Grafica No 1. Las coberturas más altas fueron aportadas por el biológico de BCG con 100% seguida de Neumococo 2da con 98%, Rotavirus 2das Dosis con 97%, Antipolio con 94% y Pentavalente con 91% respectivamente, coberturas heterogéneas y en bajo riesgo, de presentar enfermedades inmunoprevenibles, situación que corrobora las coberturas administrativas actuales para este grupo de edad.

GRAFICA Nº 2 COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES



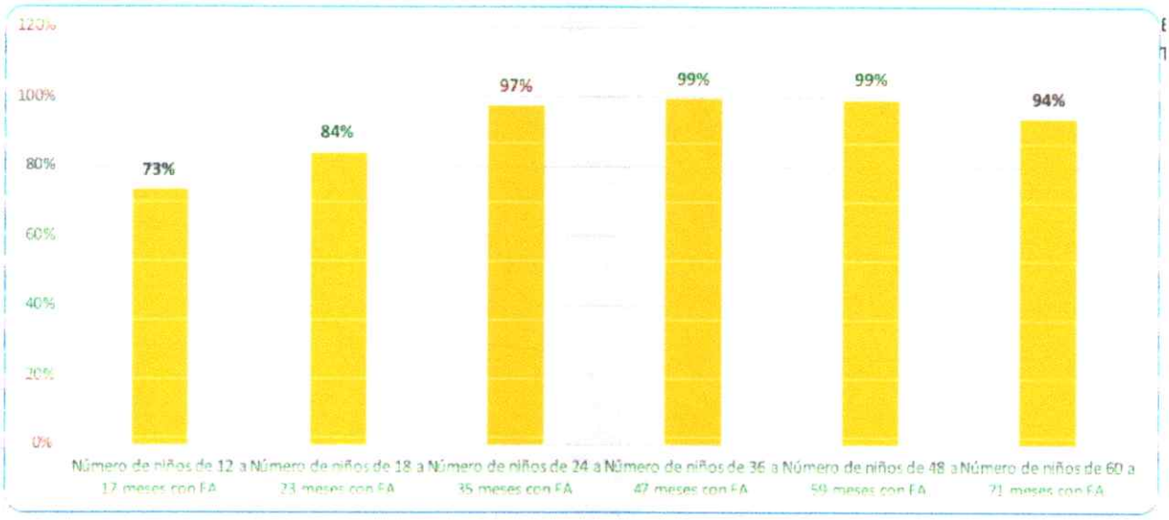
Grafica No. 2. Las vacunas con las coberturas más elevadas corresponden al biológico de Triple viral 91%, seguido de Hepatitis A 91% y Neumococo Ref con el 90%, demostrando una Homogeneidad en la cobertura, directamente relacionada con la calidad en la prestación del servicio y un bajo riesgo de presentar enfermedades inmunoprevenibles.

GRAFICA Nº 3 COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 24 A 60 MESES CON TV REF.



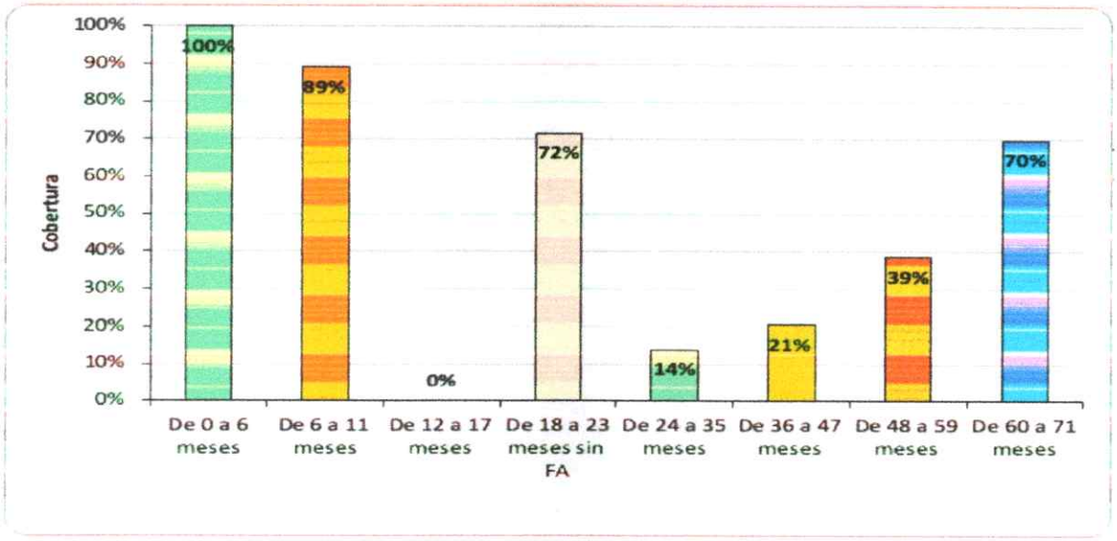
Grafica No. 3. La gráfica evidencia coberturas bajas, sin embargo, esto es justificado porque el esquema de los 18 meses concluye a esa edad para triple viral; los valores restantes entre 2 a 5 años, corresponden a niños que se incorporan a dicha cobertura producto del cambio de esquema. Lo anterior demuestra un aumento relacionado con vigencias históricas en coherencia con las coberturas administrativas.

GRAFICA Nº 4 COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 71 MESES CON FIEBRE AMARILLA.



Grafica No. 4 La Fiebre Amarilla reporta sus coberturas más altas en los grupos de 36 a 59 meses con el 99%, de 24 a 35 meses con el 97%, 60 a 71 meses con el 94%, 18 a 23 meses 84%; encontrando concordancia en las coberturas administrativas del municipio direccionando las estrategias hacia los grupos poblacionales con coberturas inferiores al 95% en el contexto de brote del municipio.

GRAFICA Nº 5 NÚMERO DE NIÑOS CON EVALUACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN MENOR DE 6 AÑOS



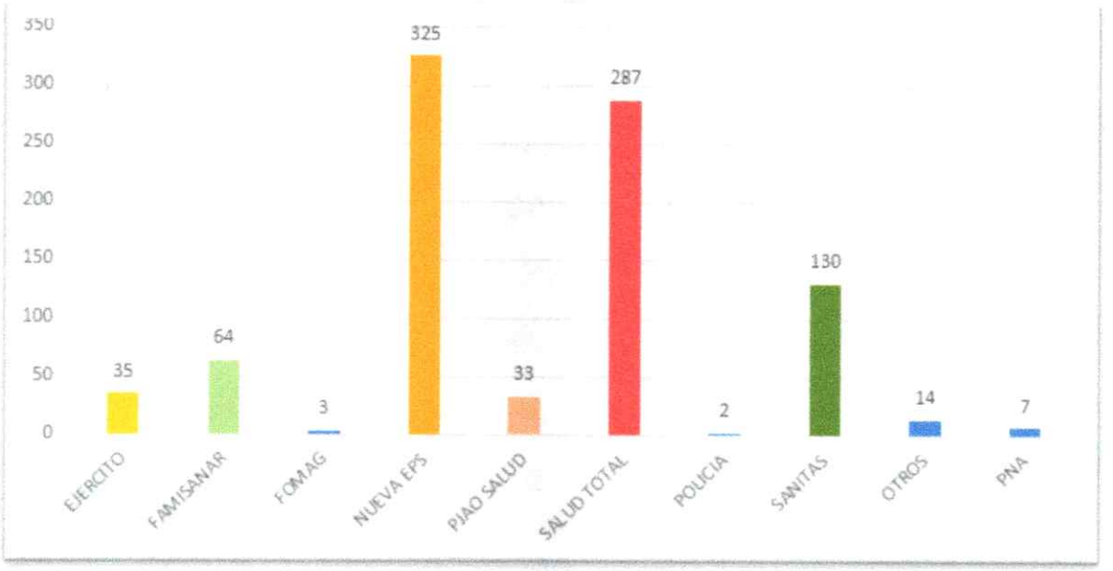
GRAFICA No. 5. La curva en "escalera" muestra un retraso inicial que se corrige antes de los 5 años. Aunque esto atenúa el acumulado de susceptibles, la prioridad sigue siendo alcanzar ≥ 95 % exactamente a los 18 meses, punto crítico para el éxito del programa ampliado de inmunizaciones.

GRAFICA Nº 6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL



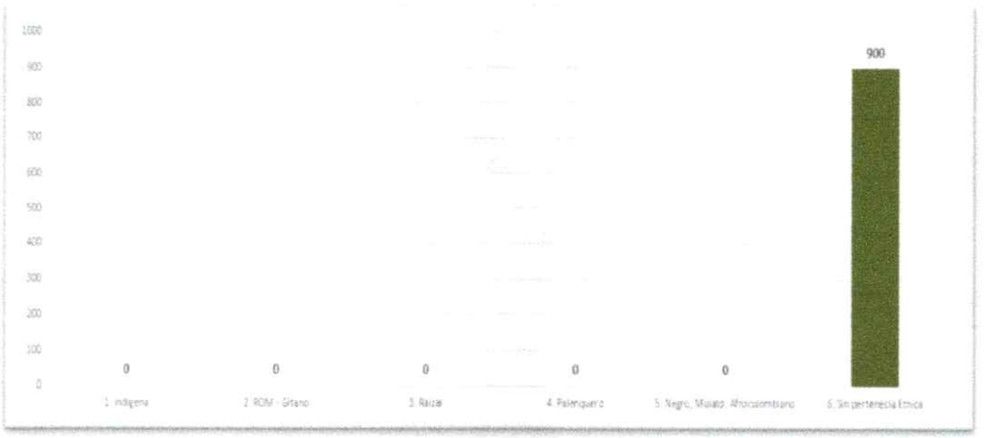
Grafica No. 6. De los 900 niños y niñas encuestados, 68% pertenecían al régimen subsidiado, 27.4% al régimen contributivo, el 3.6% al Régimen Especial y el 0.5% a pobres no asegurados, lo que confirma que la población se encuentra afiliada al SGSSS como garante del cumplimiento de sus derechos en salud.

GRAFICA Nº 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EAPB



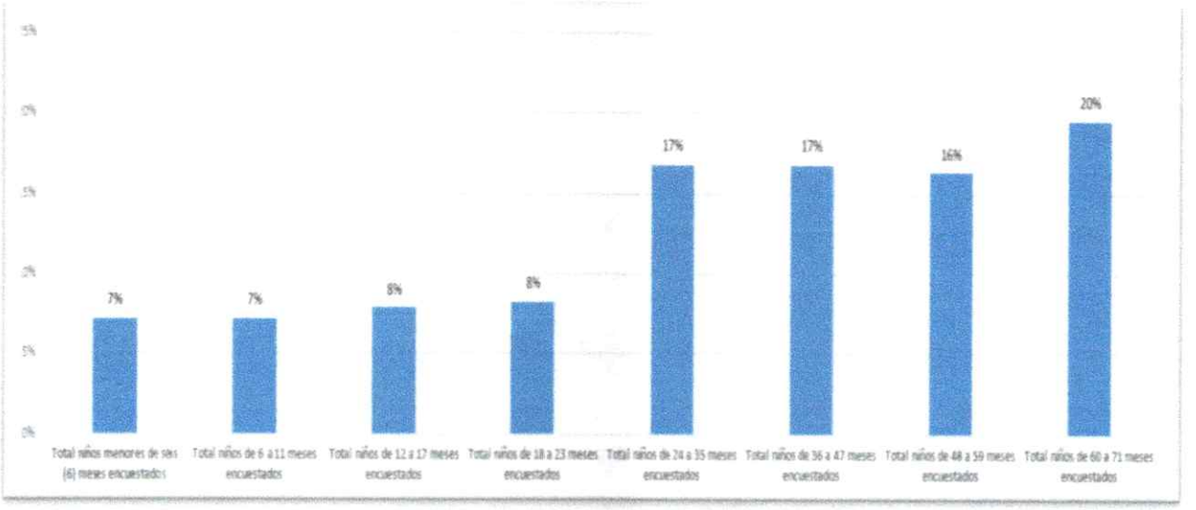
Grafica No. 7. Las tres primeras EAPB (Nueva EPS, Salud Total y Sanitas) concentra el 82,6% de la población encuestada, relacionándose con mayor población afiliada en el municipio. Nueva EPS: 325 casos, equivalente al 36,2% del total, Salud Total: 287 casos (31,9%), ocupando el segundo lugar en frecuencia, Famisanar: 64 casos (7,1%), Sanitas: 130 casos (14,5%), siendo la tercera entidad con mayor número de población, Ejército: 35 casos (3,9%), Pijao Salud: 33 casos (3,7%), Otros: 14 casos (1,6%), PNA: 7 casos (0,6%), FOMAG: 3 casos (0,3%) y Policía: 2 casos (0,2%). Estos datos permiten orientar **la** gestión del riesgo y las acciones de vigilancia diferencial, priorizando intervenciones y comunicación con las EAPB de mayor carga poblacional para fortalecer las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones

GRAFICA Nº 8 POBLACIÓN ENCUESTADA POR GRUPOS ETNICOS DURANTE EL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN



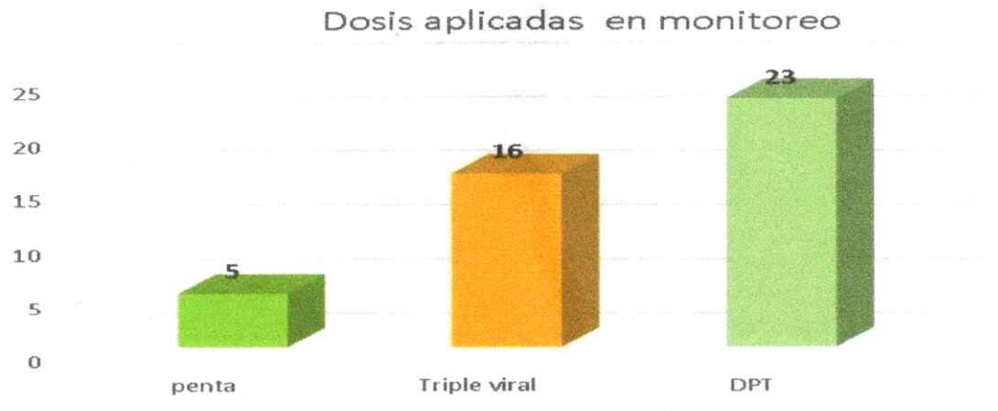
Grafica No. 8. El mayor porcentaje de población encuestada corresponde a los niños y niñas sin pertenencia étnica, cuya variable representa el 100%.

GRAFICA Nº 9 POBLACIÓN ENCUESTADA DURANTE EL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN



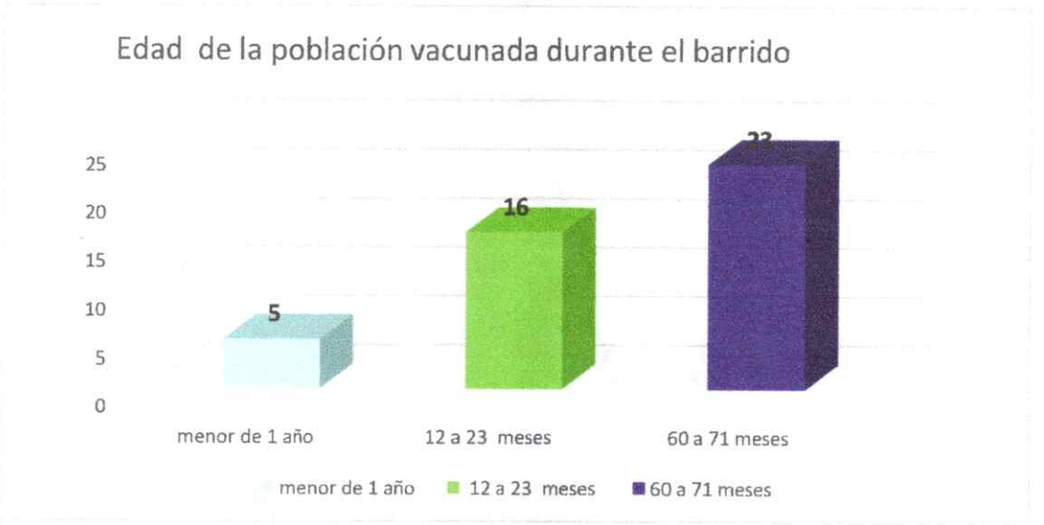
Grafica No. 9. Muestra una distribución ascendente en el porcentaje de niños encuestados conforme aumenta la edad, evidenciando una mayor participación en los grupos etarios superiores. Los niños Menores de 6 meses y de 6 a 11 meses representan el 7%, mientras que los de 60 a 71 meses alcanzan el 20%, lo que indica un incremento progresivo en la cobertura o captación con la edad. Este comportamiento puede asociarse a mayor accesibilidad o disponibilidad de los cuidadores para los niños mayores, o a dificultades en la inclusión de lactantes menores en los procesos de encuesta o tamizaje.

GRAFICA Nº 10 POBLACION VACUNADA DURANTE EL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN.



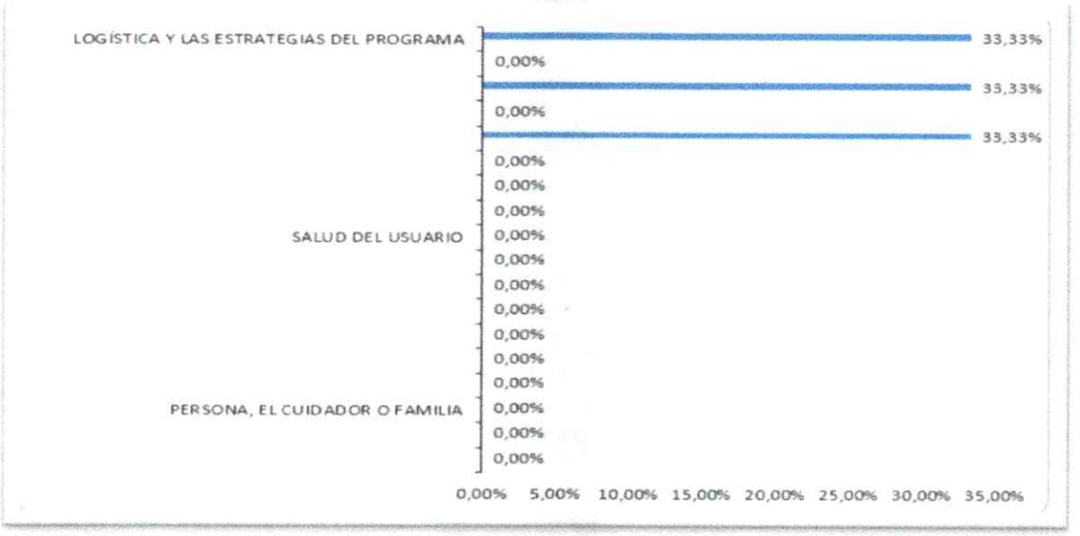
Grafica No. 10. de los biológicos más aplicados corresponde a los de los refuerzos de 5 años con 23 dosis aplicadas, refuerzo de triple viral con 16 dosis y tercera dosis de Pentavalente con 5 dosis, representando un aumento para las coberturas del municipio

GRAFICA Nº 11. EDAD DE LA POBLACIÓN VACUNADA DURANTE EL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN



Grafica No. 11. La población con mayor representatividad son los niños y niñas de 5años con un 63%, el grupo de 1 año 44 % y en tercer lugar el grupo menor de 1 año con 13 %, observando que lo más aplicados fueron los que corresponden a la población de 5 años.

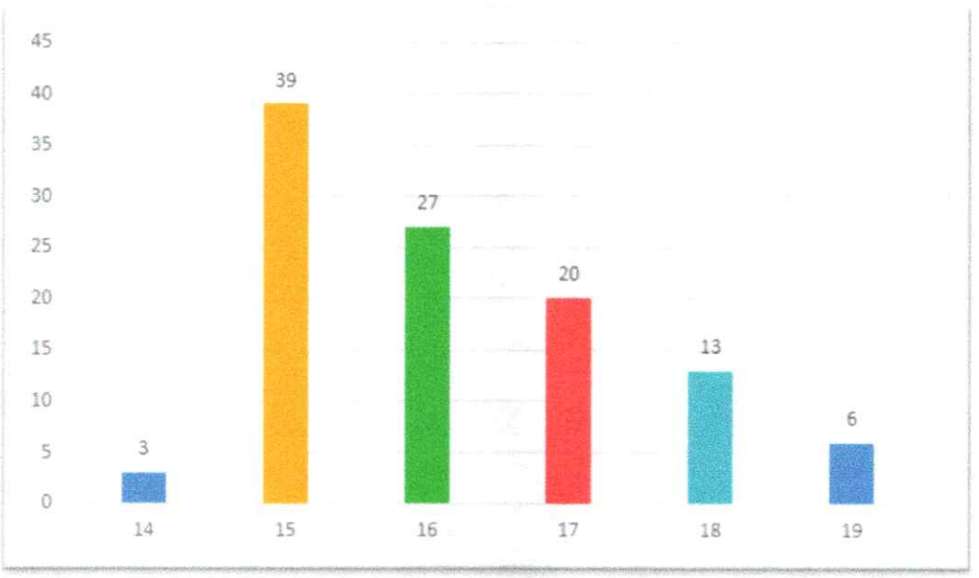
GRAFICA Nº 12. MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN



Grafica No. 12. El análisis de la gráfica evidencia que el 100% de los factores identificados se agrupan en la categoría "Logística y las estrategias del programa", con una distribución equitativa del 33,3% en cada componente evaluado dentro de este dominio. No se registran aportes porcentuales en las categorías "Salud del usuario" ni "Persona, el cuidador o familia", lo que indica que las principales barreras o determinantes analizados se relacionan con aspectos operativos y de gestión del programa, más que con factores individuales o clínicos.

.

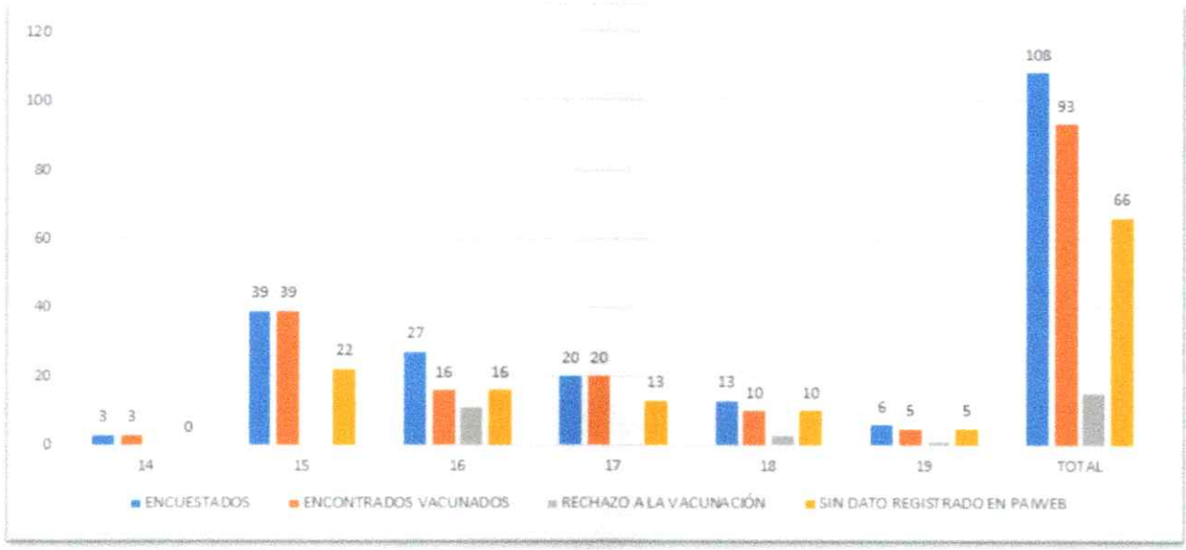
GRAFICA Nº 13. POBLACIÓN ENCUESTADA PARA FIEBRE AMARILLA



Grafica No. 13. El análisis de la gráfica muestra que la mayor concentración de población encuestada se encuentra en el grupo de 15 años, con 39 personas (34%), seguido por los grupos de 16 años (27 casos; 23%) y 17 años (20 casos; 17%). Los grupos de 18 y 19 años presentan una disminución progresiva (13 y 6 casos respectivamente), mientras que el grupo de 14 años registra la menor participación con 3 casos (3%).

Se observa una tendencia decreciente en la cantidad de encuestados a medida que aumenta la edad, después del pico a los 15 años. Este patrón podría asociarse a mayor disponibilidad o captación escolar en los grupos intermedios de la adolescencia, mientras que los extremos etarios presentan menor representatividad.

GRAFICA Nº 14. POBLACIÓN VACUNADA CONTRA FIEBRE AMARILLA Y VERIFICADA EN PAIWEB



Grafica No. 14. El análisis de la gráfica evidencia que la mayor concentración de población encuestada y encontrada vacunada contra fiebre amarilla corresponde al grupo de 15 años, con 39 personas encuestadas, 39 vacunadas y 22 de estas cuyo dato en PAIWEB no se encuentra registrado. Se observa una disminución progresiva en los grupos de mayor edad, manteniendo una correspondencia entre el número de encuestados y quienes se encuentran como vacunados, aunque con una brecha en la verificación nominal en PAIWEB en los grupos etarios desde los 15 años en adelante, siendo la población de 16 años quien registra el mayor rechazo a la vacunación contra fiebre amarilla.

Estos resultados reflejan una buena captación en campo, pero también la necesidad de fortalecer la verificación y el registro oportuno en PAIWEB, garantizando la trazabilidad del biológico aplicado y la validación de coberturas reales por edad, especialmente en los grupos de 15 a 17 años, donde se concentra la mayor carga poblacional.

TABLA Nº 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y EAPB CATEGORIA CANTIDAD

EAPB	CANTIDAD
EJERCITO	35
FAMISANAR	64
FOMAG	3
NUEVA EPS	325
PJAO SALUD	33
SALUD TOTAL	287
POLICIA	2
SANITAS	130
OTROS	14
PNA	7
TOTAL	**900**

En la tabla 1. Se observa que la población encontrada en el MCV con mayor representatividad corresponde a Nueva EPS, con 325 niños/niñas seguido de SaludTotal con 287, Sanitas 130, correspondiente coherente al porcentaje poblacional de las diferentes aseguradoras que hacen presencia en el municipio

TABLA Nº 2 . DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	TOTAL POBLACIÓN ENCUESTADA	PESO PORCENTUAL
Niños/as menores de seis (6) meses encuestados	65	7%
Niños/as de 6 a 11 meses encuestados	65	7%
Niños/as de 12 a 17 meses encuestados	71	8%
Niños/as de 18 a 23 meses encuestados	74	8%
Niños/as de 24 a 35 meses encuestados	151	17%
Niños/as de 36 a 47 meses encuestados	151	17%
Niños/as de 48 a 59 meses encuestados	147	16%
Niños/as de 60 a 71 meses encuestados	176	20%
TOTAL	**900**	**100%**

En la tabla 2 el mayor número de encuestados corresponde a niños de 60 a 71 meses, 48 a 59 meses y 36 a 47 meses, los otros grupos poblacionales conservan la línea requerida para el monitoreo de vacunación relacionado con la homogeneidad.

TABLA N° 3 . DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD PARA FIEBRE AMARILLA

POBLACIÓN	EDAD
14	3
15	39
16	27
17	20
18	13
19	6
TOTAL	**108**

En la Tabla No. 3, se observa que el mayor riesgo potencial se encuentra en la población de 15 años (39) del total, requiriendo priorización ante la alta frecuencia presentada, para el desarrollo de acciones especificas de vacunación contra fiebre amarilla.

TABLA Nº 4 . DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SUSCEPTIBLE PARA VACUNACIÓN EN MENORES DE 6 AÑOS.

	NIÑOS SIN VACUNA DURANTE EL MONITOREO			
N	NOMBRE	REGISTRO CIVIL	VACUNA PENDIENTE	VACUNADOS
1	DEYNER ALEJANDRO CADAVID	1234697895	ESQUEMA DE 6 MESES	13/09/2025
2	ALAN ISAAC GONZALEZ MORALES	1090546588	NEUMOCOCO	13/09/2025
3	ISABELA ROJAS JARAMILLO	1197475893	ESQUEMA 18 MESES	13/09/2025
4	DILAN ANDRES RATIVA PINZON	1105478630	ESQUEMA 5 AÑOS	13/09/2025
5	KYLEE SAMARA RODRIGUEZ	1234648198	FIEBRE AMARILLA	14/09/2025
6	EVALUNA RIVERA ANGARITA	1107992159	HEPATITIS B	14/09/2025
7	VICTORIA GARZON CASTAÑO	1094985980	ESQUEMA DE 12 MESES	14/09/2025
8	ALAN CARMONA	1201477163	ESQUEMA ,6,7,18	14/09/2025
9	HANNA SELENA GUZMAN	1197473054	ESQUEMA DE 5 AÑOS	14/09/2025
10	MAHIARA ARIAS	1197476633	ESQUEMA 4 MESES	14/09/2025
11	EMI LUCIA MORALES	AS4959727	REFUERZO	15/09/2025
12	NOA SALOME GAMBOA CERON	1249370724	ESQUEMA DE 12 MESES	15/09/2025
13	JHAN GABRIEL HINCAPIE ALARCON	1116734785	ESQUEMA 12 MESES	15/09/2025
14	ADARA HERNANDEZ AROCA	1069776575	ESQUEMA 18 MESE	15/09/2025
15	ANGEL ESTEBAN MOTTA	1146148174	ESQUEMA DE 5 AÑOS	15/09/2025
16	CRISTOPER LUNA	1201477028	ESQUEMA DE 18 MESES	15/09/2025
17	ELIAN ANDRES PEREZ ALDANA	1104957742	ESQUEMA DE 5 AÑOS	16/09/2025
18	GABRIELA ACOSTA PRADA	1106640178	ESQUEMA 5 AÑOS	16/09/2025
19	MIA SALOME GONZALEZ	1076927741	ESQUEMA 18 MESES	16/09/2025
20	EMILY TATIANA BARAHONA	124278911	ESQUEMA 18 MESES	16/09/2025
21	EDRICK YEICOK GUERRA	1107993022	ESQUEMA 18 MESES	16/09/2025
22	MELANIE CANO	1025912325	ESQUEMA 12 MESES	16/09/2025

En la Tabla No. 4, Del total de 22 niños identificados sin vacunas durante el monitoreo: 27,3% (6 niños) requieren el esquema de 18 meses, siendo la principal carencia detectada, 22,7% (5 niños) necesitan el esquema de 5 años, la segunda brecha más crítica, 18,2% (4 niños) tienen pendiente el esquema de 12 meses, 13,6% (3 niños) necesitan vacunas específicas (Neumococo, Fiebre Amarilla, Hepatitis B), 4,5% (1 niño) requiere refuerzo complementario, Más del 50% de las vacunas pendientes se concentran en niños de 5 años y 18 meses, lo que corresponde a las dosis aplicadas e informadas en la Grafica 10.

Contratista

Yolanda Aguirre Rios

YOLANDA AGUIRRE RIOS
41.907.300
Contacto : 3007104743