ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E**	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	**CA-FT-02 V6**

EVENTO: **CAPACITACIÒN** [X] **REUNIÒN** **OTRO** [ ] **MESA DE** [ ]			[ ] **TRABAJO**
FECHA: 2025-03-03	**HORA INICIO:** 09:00 am	**HORA FINAL:** 05:00 pm	**REUNIÓN N°:**
LUGAR: USS VISTA HERMOSA			
TEMA: INDUCCION ESPECIFICA PSPIC- PROCESO TRANSVERSAL PAI			
RESPONSABLE: Gina Barraza		**SECRETARIO:** N/A	

1. OBJETIVO:

Realizar inducción al talento humano que ingresa al Programa Ampliado de Inmunizaciones.

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de CA-FT-01 “Lista de asistencia institucional”

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Se anexa listado de asistencia				
2					
3					
4					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

1. Descripción de perfil y obligaciones.
2. Equipo directivo
3. Plataforma Estratégica
4. Ubicación de unidades
5. Estructura organizacional
6. Plataformas institucionales
   Socialización SIASUR
   Socialización ruta de la ALMERA
   Socialización de sistema dinámica (MAO)
7. Socialización de PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
8. Localidades y unidades de salida
9. Lineamiento operativo vigencia diciembre 2024 – julio 2025
10. Esquema de vacunación
    4.1Esquema menor de 5 años
    4.2 Esquema atrasado
11. Inducción generalidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones
12. Diligenciamiento de formatos

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

No aplica

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

No aplica

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Se da la bienvenida a los nuevos colaboradores que ingresan al Proceso Transversal PAI , en donde se presenta al equipo y se procese a dar las especificaciones administrativas como son:

NÚMERO DE CONTRATO: 4987-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: ADRIANA MARIA GOMEZ GUTIERREZ
IDENTIFICACIÓN: 52290285

NÚMERO DE CONTRATO: 4986-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: ONNER ARMANDO FINO REYES
IDENTIFICACIÓN: 80370327

NÚMERO DE CONTRATO: 4988-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: VIVIAN YILLARI FORERO CASTRO
IDENTIFICACIÓN: 1024529777

EQUIPO DIRECTIVO SUBREDSUR



PLATAFORMA ESTRATEGICA
Emanada por el acuerdo 85 de 2024.



MISION: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., brinda a través de un Modelo basado en la Atención Primaria Social, integral e integrado, servicios de salud enfocados a una gestión de riesgo, con excelencia, humanizada y comprometida con MAS SALUD Y MAS BIENESTAR; contando con un talento humano altamente calificado, transparente, comprometido, convocación de docencia y servicio soportado en una gestión del conocimiento, innovadora e investigativa que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población urbana y rural bajo un enfoque diferencial.

VISION: Consolidarnos en el año 2028, como una Empresa Social del Estado referente a nivel nacional en la Prestación de Servicios de Salud con MAS Bienestar, con estándares superiores de calidad, líderes en docencia, con avances significativos en investigación, sostenibilidad financiera y ambiental; manteniendo un enfoque incluyente, diferencial y multicultural que promueva la intersectorialidad aportando al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, familias y comunidad urbana y rural.

VALORES:
Los valores son aptitudes o cualidades individuales que definen la conducta de un individuo en la sociedad. Dichos valores derivan de los principios éticos universales, de allí que su objetivo sea guiar a los individuos a obrar correctamente, de forma individual y colectiva.

- Honestidad
- Respeto
- Compromiso
- Diligencia
- Justicia
- Inclusión

PRINCIPIOS:
Los Principios son reglas o normas que orientan la acción de un ser humano cambiando las facultades espirituales racionales. Se trata de normas de carácter general y universal, como, por ejemplo: amar al prójimo, no mentir, respetar la vida de las demás personas, etc. Los principios morales también se llaman máximas o precepto constitucional.
Tomando como referencia lo establecido en el artículo 3 del Acuerdo Distrital 927 de 2024, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá 2024-2027: "Bogotá Camina Segura".

- Vocación de Servicio y Liderazgo Publico
- Ética
- Transparencia
- Empatía
- Corresponsabilidad.
- Interdependencia e Integración

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

En la definición de los Objetivos Estratégicos, se contempla a continuación los adelantos de los propósitos entregados por los líderes de los procesos y sus equipos de Trabajo, las líneas técnicas de la propuesta del Plan Territorial en Salud y lo dispuesto en las líneas de la Secretaria Distrital de Salud, a continuación, se presentan los avances:

PIMERO: ENFOQUE MISIONAL – PLAN TERRITORIAL EN SALUD BOGOTA + BIENESTAR
Fortalece el Modelo de Salud de Bogotá, en el marco de la Atención Primaria Social bajo un enfoque de riesgo individual, poblacional y territorial, a través de la prestación de servicios de salud con respuestas transectoriales, con calidad, seguridad, más humanos e innovadores haciendo énfasis en educación y transferencia del conocimiento, soportado en un equipo altamente comprometido.

SEGUNDO: ENFOQUE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA
Alcanzar una sostenibilidad financiera mediante el aumento de venta de servicios, mejoramiento del recaudo y austeridad del gasto para llegar a un punto de equilibrio financiero en la Subred Sur.

TERCERO: ENFOQUE A LA GESTION Y DESEMPEÑO – SOGC – PROCESOS Y PROCEDIMIENTO – INNOVACION – TECNOLOGIA – SISTEMAS DE INFORMACION
Lograr un excelente desempeño institucional, mediante la implementación de acciones que dirigen a la organización al mantenimiento de los estándares superiores de calidad, en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales.

CUARTO: ENFOQUE TALENTO HUMANO, HUMANIZACION Y CULTURA DEL SERVICIO
Fortalecer las capacidades y potencializar el desarrollo del Talento Humano, orientado a la cultura del servicio y la confianza y la confianza ciudadana, fomentando la atención con calidad humanizada y sin discriminación.

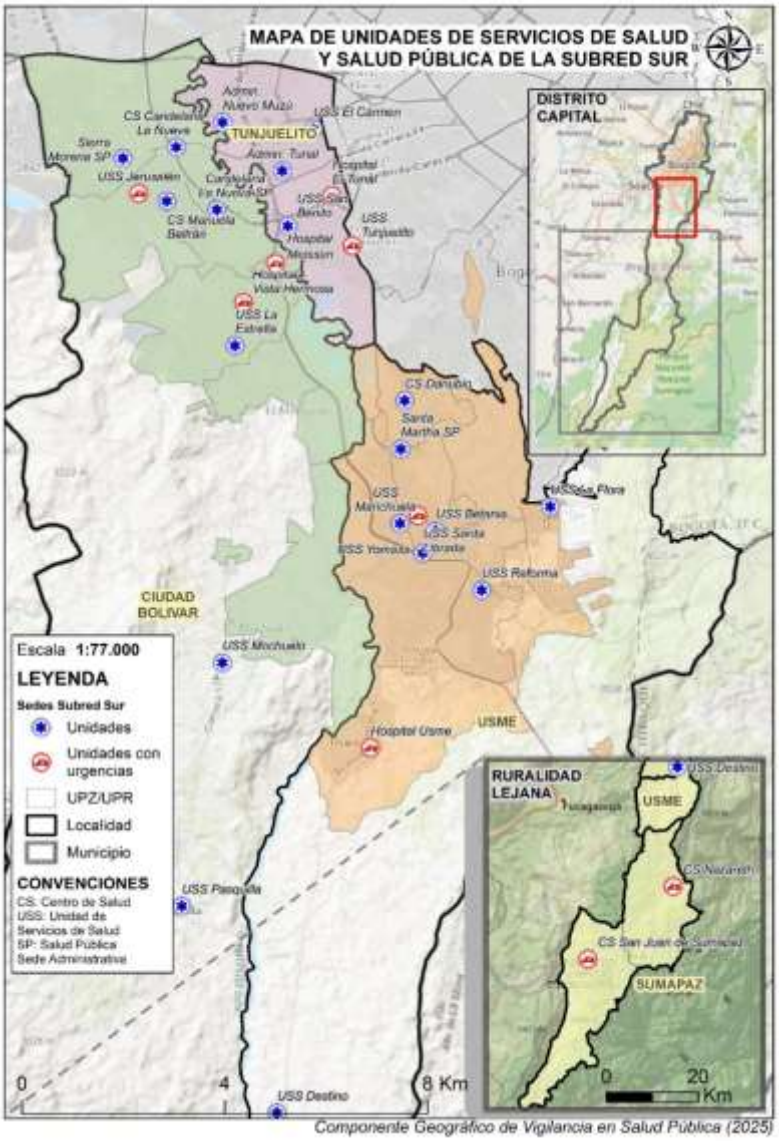
QUINTO: ENFOQUE AL CIUDADANO, RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y LA GOBERNANZA
Fortalecer la gobernanza institucional, en el marco del modelo de relacionamiento con la ciudadanía, garantizando los criterios diferenciales de accesibilidad, enfoque de derechos, participación y el control social, en aras de generar

una visión amplia de las expectativas y necesidades brindando respuesta oportuna a las mismas, logrando así mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

UBICACION EN UNIDADES DE SERVICIOS

DIREDIRECTORIO USS, UHMES Y CAPSCTORIO USS, UHMES Y CAPS				
LOCALIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD	HORARIO CONSULTA EXT	DIRECCIÓN	TELÉFONO
TUNJUELITO	CENTRO DE SALUD SAN BENITO	L- V 7:00 a.m. - 6:00 p.m	Cll. 58 Sur No. 19B - 25	279 71 32
TUNJUELITO	SEDE ADMINISTRATIVA NUEVO MUZU	7:00 a.m. - 5:00 p.m	Diag. 53 No. 59A - 11 Sur	730 00 00 EXT. 75500
TUNJUELITO	CENTRO DE SALUD EL CARMEN	7:00 a.m. - 7:00 p.m.	Cll. 48B Sur No. 28 - 80	730 00 00 EXT. 41024
TUNJUELITO	HOSPITAL MEDICINA INTERNA	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 14 No. 51 - 21 Sur	605 82 29
TUNJUELITO	SEDE ADMINISTRATIVA TUNAL	7:00 a.m. - 5:00 p.m	Cra. 24c No. 54 -47 Sur	742 85 85
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD CANDELARIA	6:00 a.m. - 7:00 p.m.	Cra 51 No. 59C - 40 Sur	715 12 22
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL VISTA HERMOSA	7:00 a.m. - 5:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 18C No. 66A - 55 Sur	765 26 56
CIUDAD BOLÍVAR	CANDELARIA - SALUD PUBLICA	7:00 a.m. - 4:00 p.m.	Cra. 51 No. 59C - 40 Sur	730 00 00 EXT. 72415
CIUDAD BOLÍVAR	URGENCIAS JERUSALEN	7:00 a.m. - 4:30 p.m. 24 HORAS	Cll. 77 No. 85B - 13 Sur	718 16 49
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL LA ESTRELLA	24 HORAS	Cra. 18F No. 72 - 45 Sur	761 80 63
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN	7:00 p.m. - 7:00 a.m.	Cra. 44D No. 69L - 16 Sur	730 00 00 EXT. 11591
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD MOCHUELO	L-Ml-V 7:00 a.m. - 4:30 p.m.	Cra. 4 No.3 -29 Vía Olarte Pasquilla	730 00 00 EXT. 15500
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD PASQUILLA	M-J 7:00 a.m. - 4:30 p.m.	Cra. 1 No. 3 -29 Vía Olarte Pasquilla	730 00 00 EXT. 16500
CIUDAD BOLÍVAR	SALUD PÚBLICA SIERRA MORENA	6:00 a.m. - 5:00 p.m.	Cll. 70 No. 56 - 56 Sur	730 00 00 EXT. 12500
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL MEISSEN	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 18B No. 60G - 36 Sur	769 31 31
USME	CENTRO DE SALUD BETANIA	6:00 a.m. - 6:00 p.m	Cll. 76B Sur No. 7 - 64	730 00 00 EXT. 31067
USME	CENTRO DE SALUD MARICHUELA	L-V 5:30 a.m - 8:00 p.m.	Cll. 76 No. 14 - 74 Sur	730 00 00 EXT. 31124
USME	CENTRO DE SALUD DANUBIO	L-V 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cll. 65 Sur No. 7D - 90	730 00 00 EXT. 31095
USME	CENTRO DE SALUD DESTINO	7:00 a.m - 4:30 p.m.	Vereda El Destino Km 7 8 - La Regadera 96	555 62 70
USME	CENTRO DE SALUD FLORA	L-J 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cra. 14B Este No. 74B - 44 Sur	730 00 00 EXT. 31092
USME	CENTRO DE SALUD REFORMA	L-V 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cra. 6B Este No. 89 - 44 Sur	730 00 00 EXT. 31072

USME	CENTRO DE SALUD SANTA LIBRADA	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 9B No. 135A - 42 Sur	730 00 00 EXT. 31055
USME	SALUD PÚBLICA SANTA MARTA	6:30 a.m - 5:00 p.m.	Cll. 68B sur No. 9A - 29	730 00 00 EXT. 31072
USME	CENTRO DE SALUD USME	L-V 7:00 a.m. - 4:30 p.m. 24 HORAS	Cra. 13 No. 135A - 42 Sur	730 00 00 EXT. 31029
USME	CENTRO DE SALUD YOMASA	6:30 a.m - 5:00 p.m.	Cra. 10 No. 81A - 06 Sur	730 00 00 EXT. 31063
SUMAPAZ	CENTRO DE SALUDNAZARETH	L-D 8:00 a.m. - 5:00 p.m 24 HORAS	Cll. 3 No. 2 - 21 Nazareth Suampaz	321 9007789
SUMAPAZ	CENTRO DE SALUD SAN JUAN	L-D 8:00 a.m. - 5:00 p.m 24 HORAS	Vereda San Juan de Sumapaz	321900 77 51



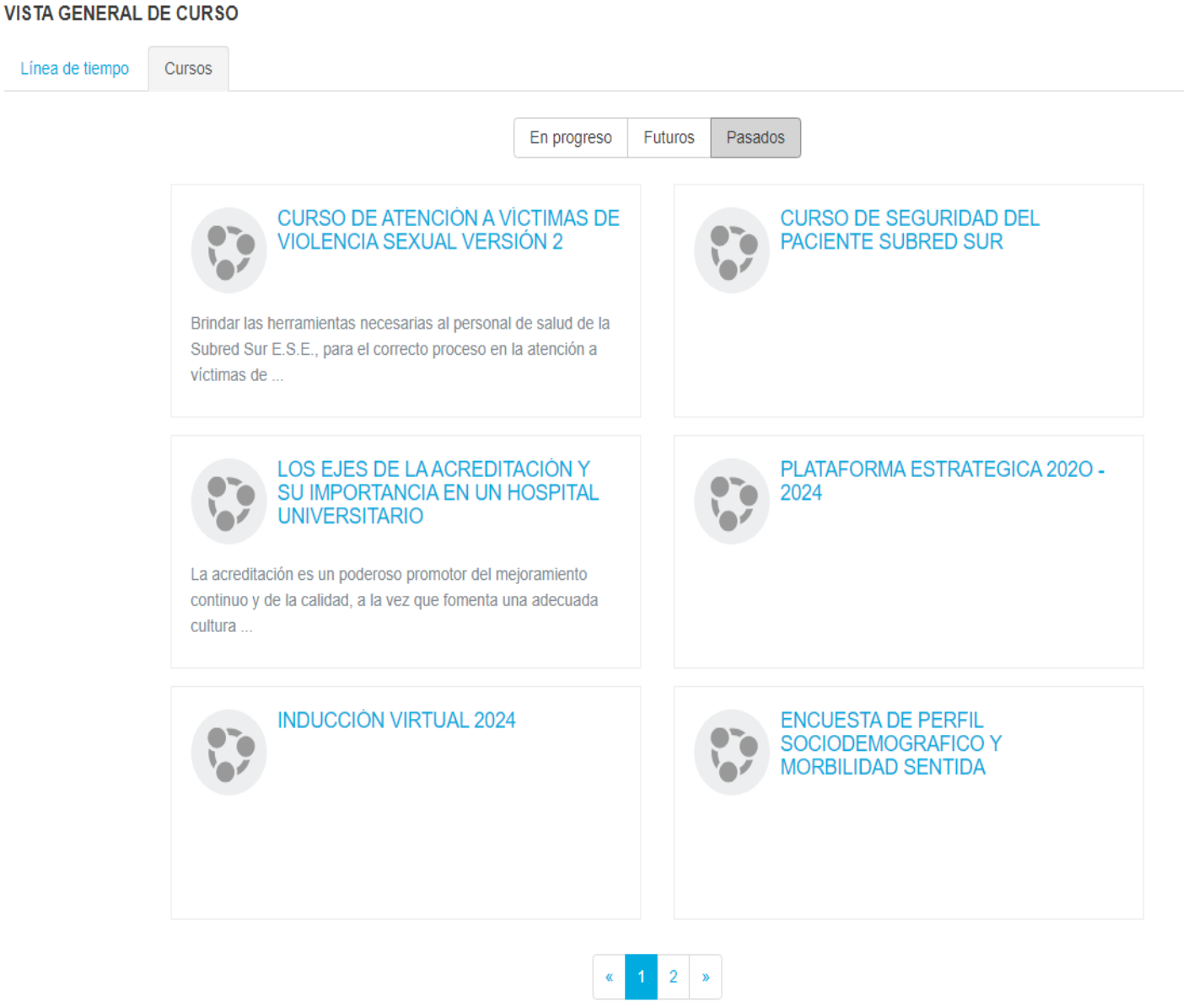
Componente Geográfico de Vigilancia en Salud Pública (2025)

PLATAFORMAS INSTITUCIONALES

SIASUR
http://siasur.subredsur.gov.co/login
http://siasur.subredsur.gov.co/contratacion/informe-actividades/ver-informe-actividades/255709

Crear usuario y contraseña a través de este se sube la cuenta de cobro.
Se anexa video explicando el funcionamiento de SIASUR.

PLATAFORMA (MAO)
http://moodle.subredsur.gov.co/
usuario cedula y cedula
Deben realizar todos los cursos establecidos en los primeros 10 días de firmado el contrato la plataforma y entregar las evidencias a su líder.



SOCIALIZACION RUTA DE LA ALMERA

https://www.subredsur.gov.co/

https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true

A la plataforma Armera llego el nuevo módulo de Documentación que sirve para consultar la documentación institucional; realizar seguimiento, actualización y control de versiones documentales, así como consultar listados maestros.



PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



Se da la bienvenida a la auxiliar de enfermería Genny Rodriguez que ingresa al Programa Ampliado de Inmunizaciones como auxiliar de enfermería extramural asignada a la localidad de Ciudad Bolivar, se informa que las actividades se ejecutan entre las 7:00 am y las 4:00 pm aproximadamente en las cuatro localidades, se da la claridad que no se cuenta con un horario según tipo de contrato, pero el programa cuenta actividades específicas a las que se les debe dar continuidad en periodos de tiempos determinados.

Se indica la importancia de la buena presentación personal el uso de uniforme, chaqueta institucional, carnet institucional, gorra y maleta entregadas en la vigencia; de igual manera se recalca la importancia de mantener las uñas cortas, sin esmalte, cabello recogido.

Se indica que se cuentan con cuatro localidades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E., y cada una con una unidad de referencia:

- Localidad 5 – Usme: USS Marichuela
- Localidad 6 – Tunjuelito: USS San Benito
- Localidad 19 – Ciudad Bolívar: USS Vista Hermosa
- Localidad 20 – Sumapaz: USS Nazareth

Lineamiento operativo vigencia 01 de Agosto al 30 de Septiembre 2024, se realiza la lectura del documento operativo realizando énfasis en el producto Código 14 modalidad extramural

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de infancia registrar el antecedente vacunal, cumpliendo con criterios de calidad.	Diario	Técnico Auxiliar de Enfermería o Técnico en Salud Pública con experiencia mínimo de 6 meses. Nota: Cada localidad contará con un (1) auxiliar que realizará actividades de apoyo al profesional de la modalidad extramural.	1.Anexo_14.1 Registro_diario_PAI_infancia 2.Anexo_14.2 Registro_diario_PAI_adultez Notas aclaratorias: 1 Frente a la evaluación de la calidad de datos del PAI, se determina que se puede presentar un índice del 3% de margen de error con respecto al total de registros mensuales. 2 El formato o herramienta puede tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial 3. El diligenciamiento de antecedente vacunal no aplica en concentraciones desarrolladas en instituciones educativas.
Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura de la táctica casa a casa. Nota: Realizar barrido documentado de acuerdo a Programación.	Diario		1.Anexo 14.3_ Consolidado_censo_poblacion_sujeto_ PAI 2.Anexo 14.4_Censo población sujeto del PAI 3.Mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura. Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y para el barrido documentado se contará con los formatos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
Contar con consentimientos informados para la administración de inmunobiológicos de VPH y COVID19.	Según necesidad		1.Anexo 14.5_consentimiento_informado_para_vacuna_VPH 2.Anexo 14.6_consentimiento_informado_Covid19 Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y/o Ministerio de Salud y Protección Social
Realizar seguimiento, agendamiento y retroalimentación al Aplicativo PAI 2.0 de las cohortes de no vacunados.	Diario		1.Aplicativo PAI 2.0 con retroalimentación en el módulo de seguimiento a la cohorte.
Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frio de la modalidad extramural.	Diario		1.Anexo_15.12_Control_T° 2.Anexo_15.13_Control_zona_seca En registro físico o digital Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y/o Ministerio de Salud y Protección Social

Posterior se da claridades en el esquema de vacunación que actualmente se encuentra en vigencia:

- Esquema Menor de 5 años:

Socialización y explica el esquema de vacunación menores de 5 años

- **Para vacunación con PCV13:** Todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de mayo del 2022
- **Para vacunación con PCV10:** Todos los nacidos hasta el 30 de abril del 2022 que no hayan iniciado, continuado o terminado el esquema de vacunación contra el neumococo
- **Cambio de dosis de SRP Triple Viral de 5 años a 18 meses – 2023:** A partir de 1° de Enero 2023
- **Aplicación de dosis de Pentavalente a niños y niñas 18 meses de edad – 2023:** Desde el 1° de enero 2023
- **Cambio de aplicación de vacuna de VPH:** A partir del 30 de Septiembre de 2023 a Niñas de 9 a 17 años y Niños de 9 años, Dosis Única
- **Cambio de aplicación de vacuna de VPH:** A partir del 15 de Julio de 2024 a Niños de 9 a 14 años, Dosis Única

Vacunas polisacáridas																								
1983	PSP23	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
Vacunas conjugadas																									
2000	PCV7*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
2009	PCV10*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F		6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
2009	PCV13*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
Nuevas vacunas conjugadas en desarrollo																									
	PCV15*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
	PCV20*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20





Se realiza explicación del cambio de esquema de refuerzo de Triple Viral y pentavalente, así mismo se envía vía

correo electrónico y otro medio el lineamiento junto con lineamiento de influenza estacional para su lectura y aprendizaje.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL CEPA SUR 2024.
"Día de ponerse al día, búsqueda de los susceptibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones" y Cambio de esquema de vacunación Nacional refuerzos 18 meses y 5 años".

	POBLACIÓN OBJETIVO	# DOSIS	DOSIS (ml)	PRESENTACIÓN	PAIWEB	DOSIS PAIWEB	RANGO EDAD PAIWEB
Laboratorio Butantan+	De 6 a 11 meses sin primovacunación	2	0.25	Vial*20	Influenza Trivalente Pediátrica	Primera	6 meses
	De 6 a 11 meses con primovacunación	1					
	De 12 a 23 meses con Primovacunación	1				Segunda	7 meses
	De 12 a 23 meses sin Primovacunación	2					
	24 a 35 meses con Primovacunación + Dx riesgo	1				Refuerzo	12 meses
	24 a 35 meses sin Primovacunación + Dx riesgo	2					
Laboratorio Green Cross+	3 a 17 años + Dx riesgo*	1	0.5	Vial*10	Influenza Trivalente Adulto	Refuerzo	12 meses
	Adultos 18 a 59 años + Dx Riesgo					Anual	Sin Rango de edad
	Gestantes (cualquier edad desde semana 14)						
	Mayores de 60 años						
	Talento Humano en Salud						

Fuente: Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra influenza estacional cepa sur 2024



Esquema de vacunación COVID – 19

Edad (es)	Sin Antecedente vacunal			Con antecedente vacunal			Dosis
	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis en Inmunosuprimidos	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis en Inmunosuprimidos	
Niños de 6 meses a 4 años	Día cero	A los 28 días de la primera dosis	Niños inmunosuprimidos a los 28 días de la segunda	Con antecedente de Sinovac en niños a partir de los 3 años de edad o Moderna Pediátrica en niños a partir de los 6 meses de edad.	Completar con Sinovac a partir de los 3 años o Moderna XBB. 1.5 de acuerdo a decisión del acudiente.	Niños inmunosuprimidos a los 28 días de la segunda	Dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular
				Con antecedente vacunal de 2 dosis de Sinovac, Moderna pediátrica o esquema heterólogo (sinovac-moderna) aplicar dosis adicional a los 6 meses de la última dosis			
Niños de 5 años a 11 años, con o sin vacunación previa	**Escenario 1**: Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2**: Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid 19. **Escenario 3**: Personas inmunodeprimidas: aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular
Personas a partir de los 12 años, con o sin vacunación previa	**Escenario 1**: Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2**: Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid 19. **Escenario 3**: Personas inmunodeprimidas aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular
Personas a partir de los 60 años	**Escenario 1**: Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2**: Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid19. **Escenario 3**: Personas inmunodeprimidas: aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular

Esquema Atrasado
Vacunación a población menor de un año y un año con esquema tardío:

- Población menor de 12 meses:

Con esquema incompleto o tardío se debe iniciar o continuar el esquema, conservando intervalo de 8 semanas según su antecedente vacunal.

- Población de 12 a 23 meses:

Sin antecedente vacunal o con esquema de vacunación incompleto o tardío se debe iniciar o continuar el esquema, conservando el intervalo de 4 semanas según su antecedente vacunal.
Excepto con la vacuna de Neumococo que debe tener intervalo de 8 semanas.

- Niños y niñas entre 12 a 23 meses sin antecedente de vacunación:
  - 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
  - 3 dosis de VIP con intervalo de 4 semanas
  - Una dosis de pentavalente (DPT-1, HB-1, Hib-1) Continuar con Dos dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial
  - Dos dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial
  - Una dosis de triple viral
  - Una dosis de Hepatitis A (Nacidos a partir del primero de enero de 2012)
  - Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - 2 dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses (Nacidos a partir del primero de Noviembre de 2010)
  - 1 dosis de VIP: para el refuerzo del año y medio, intervalo de seis meses (A partir del primero de junio 2022).
  - 1 dosis de VOP: para el refuerzo de los 5 años, intervalo de un año entre cada uno.
  - 1 dosis de DPT: para los 2 refuerzos respectivos, intervalo de un año entre cada uno.

- Niños/as entre 2 y 5 años, sin antecedente de vacunas
  - 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
  - 3 dosis de VIP con intervalo de 4 semanas, refuerzo del año y medio con VIP y luego el refuerzo de 5 años con VOP - (A partir del primero de junio 2022).
  - Tres dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas, luego los 2 refuerzos respectivos.
  - Tres dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas
  - Una dosis de SRP (Sarampión, rubéola y paperas) y el refuerzo a los 5 años de edad.
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - Una dosis de Hepatitis A (Nacidos a partir del primero de enero de 2012)
  - Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - Una dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses (Nacidos a partir del primero de Noviembre de 2010)

- Población Infantil de 6 años en adelante sin antecedente de vacunas

Con esquema de vacunación incompleto: continuar y completar el esquema primario de vacunación según sea el caso.

Sin antecedente vacunal administrar:
- Tres dosis de vacuna contra la poliomielitis con intervalo de 4 semanas, primer refuerzo con dosis de VIP y segundo refuerzo con VOP o VIP según indicación.
- Tres dosis de vacuna contra DPTa* o Td** o TD*** con intervalo de 4 semanas.

*DPTa. Aplicar únicamente a población de 6 años a 6 años, 11 meses y 29 días de edad

** Td. Aplicar a partir de los 7 años

*** TD. Para casos de reacción adversa de encefalitis, con dosis previas de DPT o DPTa (células enteras o acelulares)

- Dos dosis de vacuna triple viral (SRP) con intervalo de 4 semanas, hasta los 10 años de edad
- Una dosis de hepatitis A hasta los 7 años
- Una dosis de vacuna contra la fiebre amarilla
- Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)

- Niños y niñas de un año (12 a 23 meses) según antecedente vacunal de pentavalente

Nº de dosis	Antecedente de vacuna pentavalente	Un año (12 a 23 meses)
	3	0
	2	0
	1	0
	0	1

- Niños(as) de uno a cinco años sin antecedente de vacuna de neumococo conjugada:

Edad hoy	N° dosis garantizar
Un año (12 a 23 meses)	2
Dos a cinco años	1

- Niños(as) uno a cinco años…. con antecedente vacuna de vacuna de neumococo conjugada:

Edad hoy	N° dosis previas	N° dosis garantizar
Un año (12 a 23 meses)	1	2
Un año (12 a 23 meses)	2	1
2 a 5 años	1	0

TRIPLE VIRAL: Desde el 1ro de enero de 2023 se aplica la dosis de refuerzo de Triple viral a los 18 meses y se trabaja en la búsqueda de susceptibles de 2 a 5 años. (ojo los revacunados)



PENTAVALENTE: El esquema de vacunación de pentavalente se compone de 3 dosis más 1 de refuerzo en menores de 24 meses, garantizando mínimo una dosis de este biológico a los niños y niñas sin antecedente de vacunación con este biológico.



A partir de 30 de septiembre de 2023 se actualizará el esquema de vacunación con dosis única para niñas de 9 a 17 años y la inclusión de los niños de 9 años inicialmente.

Periodo	Esquema	Observaciones
Antes del 30 de septiembre 2023	2 dosis	Se podrá administrar la segunda dosis a quienes ya se aplicaron la primera dosis hace 6 meses o más.
A partir del 30 de septiembre 2023	1 dosis	La población que inicie el esquema recibirá dosis única. No se aplicarán segundas dosis a quienes ya se aplicaron la primera dosis hace 6 meses o más.
	2 dosis Intervalo 0 - 2	En personas inmunosuprimidas se aplicarán dos dosis con intervalo de dos meses.

PRESENTACIÓN: Vial monodosis 0,5 ml
INDICACIÓN: La vacuna tetravalente fue aprobada para uso de hombre de 9 años 11 meses 29 días y mujeres 9 a 17 años, para la prevención de

- Lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical.
- Verrugas genitales relacionados con tipos específicos de VPH.

VIA DE ADMINISTRACIÓN: intramuscular con aguja calibre 23 G x1"

Técnica de aplicación: Limpie el tercio medio del músculo deltoides, con algodón humedecido con **agua**, agua destilada o solución salina; fije la masa muscular, aplique la vacuna por vía intramuscular en ángulo de 90º; retire la aguja y presione con el algodón sin realizar masaje. Ilustración 2. No es necesaria la aspiración antes de la aplicación de la vacuna, pues no hay grandes vasos sanguíneos en el sitio de inyección.

Nota: Se recomienda que durante la aplicación de la vacuna la niña o el niño esté sentado y continúe así, por lo menos 15 minutos.





A partir de 15 de julio de 2024 se actualizará el esquema de vacunación con dosis única para niñas de 9 a 17 años y la inclusión de los niños de 9 a 14 años 11 meses 29 días.

Fecha de inicio	Esquema	Observaciones
15 de Julio de 2024	Única dosis	• Niños de 9 a 14 años, 11 meses y 29 días. • Niñas de 9 a 17 años, 11 meses y 29 días. • A partir del 30 de septiembre de 2023 el esquema de vacunación es dosis única. **No se deben aplicar segundas dosis en esta población.**
	2 dosis Intervalo 0 – 6 meses Solo para pacientes inmunosuprimidos	Personas inmunosuprimidas tendrán el esquema de 2 dosis • Niñas inmunosuprimidas que hayan recibido primera dosis entre 9 a 17 años, 11 meses y 29 días • Niños inmunosuprimidos que hayan recibido primera dosis entre 9 a 14 años, 11 meses y 29 días.

VIP: A partir del 30 de septiembre de 2023 se dispondrá de VIP para la administración del segundo refuerzo para disminuir el riesgo de eventos adversos.

FIEBRE AMARILLA: El riesgo de fiebre amarilla está latente se debe garantizar una dosis única con este biológico a toda la población de 1 a 14 años.

DETENCIÓN TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA: En por de fortalecer la prestación de servicios integrales desde un modelo de salud preventivo y predictivo, se hace indispensable garantizar la demanda inducida a la prueba de tamización para cáncer de cuello uterino en todas las mujeres de 29 a 65 años y cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años.

GENERALIDADES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Biológicos o vacunas vivas atenuadas o replicativas:

- Contienen gérmenes vivos (virus, bacterias, micobacterias).
- Capacidad de reproducción en el huésped.
- Inducen inmunidad de larga duración, parecida a la originada x infección natural.
- Exigen mejor red de frío, por ser + termolábiles.
- Requieren de una dosis generalmente, excepto en vía oral.
- Inmunidad puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier fuente (trasfusiones, transplacentarios), y en estos casos, no hay respuesta a la vacuna

Vacunas muertas o inactivadas o no replicativas:

- Se obtiene inactivando los microorganismos por procedimientos físicos o químicos, totalidad o por fracciones.
- Las fraccionadas basadas en proteínas (toxoides, subunidades o subviriones) o polisacáridos del microorganismo.
- Las de polisacáridos conjugados contienen estos polisacáridos que están unidos químicamente a una proteína, lo que la hace una vacuna más potente.
- Por ser muertas no se replican, ni causan la enfermedad aún en personas inmunocomprometidas.
- Inductoras de inmunidad humoral circulante.

Vacunas muertas o inactivadas o no replicativas

- Respuesta inmune es de menor intensidad y duración, exigen varias dosis.
- Requieren varias dosis para la primovacunación, y dosis de refuerzo para mantener una concentración adecuada de anticuerpos.
- Uso en personas con inmunocompromiso y sus contactos.
- La mayoría necesitan de coadyuvantes.
- Todas son de aplicación inyectable IM

Clasificación de vacunas

Tabla 4. Clasificación microbiológica de las vacunas

Clasificación		Tipo de vacuna
A. Vivas atenuadas		
Virales		Sabin (polio oral/VOP) - Triple viral - SRP, Doble viral- SR, Varicela, Fiebre Amarilla, Rotavirus
Bacterianas		BCG
B. Vacunas inactivadas o muertas		
Enteras	Virales	Salk (Polio inyectable- IPV)- Rabia- Influenza - Hepatitis A
	Bacterianas	Pertussis - Tifoidea - Colera
Fraccionadas	Subunidades	Influenza - Pertussis Acelular
	Recombinantes	Hepatitis B - VPH
	Toxoides	Difteria - Tétanos
Polisacáridas	Polisacáridos puros	Neumocócica 23v. - Meningococica A + C / ACYW135
	Polisacáridos conjugados	H Influenza tipo b - Neumocócica 7 - 10 y 13 v - Meningococica A + C / ACYW135

Intervalos de tiempo entre vacunas no aplicadas de manera simultánea:

- El intervalo ideal entre dosis para menores de un año es 8 semanas.
- El intervalo mínimo entre dosis es 4 semanas. Excepción: antirrábica
- No hay intervalos máximos y los esquemas no se reinician. (Siempre continuar con la dosis siguiente)

Tipos de antígenos	Intervalo mínimo entre dosis
Dos o más vacunas inactivadas o muertas	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis
Vacuna viva y muerta	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis*
Dos o más vacunas vivas	Se pueden administrar simultáneamente o separadas al menos 4 semanas**

* La única excepción es la combinación entre vacuna contra el cólera (inactivada) y vacuna contra la fiebre amarilla (atenuada), que se han de separar 4 semanas como mínimo.
** La VOP, rotavirus y fiebre tifoidea Ty21a se pueden administrar antes, simultáneamente o después de las vacunas SRP, varicela y fiebre tifoidea.

Intervalos de tiempo entre vacunas no aplicadas de manera simultánea:

- Las vacunas vivas orales no interfieren con otras vacunas vivas parenterales en caso de no ser dadas

simultáneamente.

- Las vacunas vivas inyectables no interfieren con las vacunas vivas orales.
- Las vacunas inactivadas generalmente NO se afectan por anticuerpos circulantes: Ig HB y vacuna HB
- Las vacunas vivas pueden afectarse por anticuerpos circulantes: si se aplica primero Ig, esperar 12 semanas (3 meses) para administrar vacunas vivas.

Contraindicaciones absolutas

- Reacción anafiláctica a dosis previa de la vacuna.
- Reacción anafiláctica a un componente de la vacuna.
- Se aplaza vacunación:
- Compromiso severo del estado general por enfermedad con o sin fiebre.
- Presencia de temperatura mayor a 38°C

Algunas falsas contraindicaciones

- Resfriado o diarrea en niñ@ san@
- Lactancia materna
- Tratamiento con antibióticos o en fase de convalecencia de una enfermedad
- Síndrome de Down
- Desnutrición
- No tener carné de vacunación en el momento de solicitar el servicio
- Historia de alergia NO ANAFILÁCTICA al huevo/ antibióticos, o alergias inespecíficas del niñ@ o de sus familiares
- No afiliación al SGSSS o a EAPB en la cual se solicita la vacunación

Política de frascos abiertos



Vías de administración

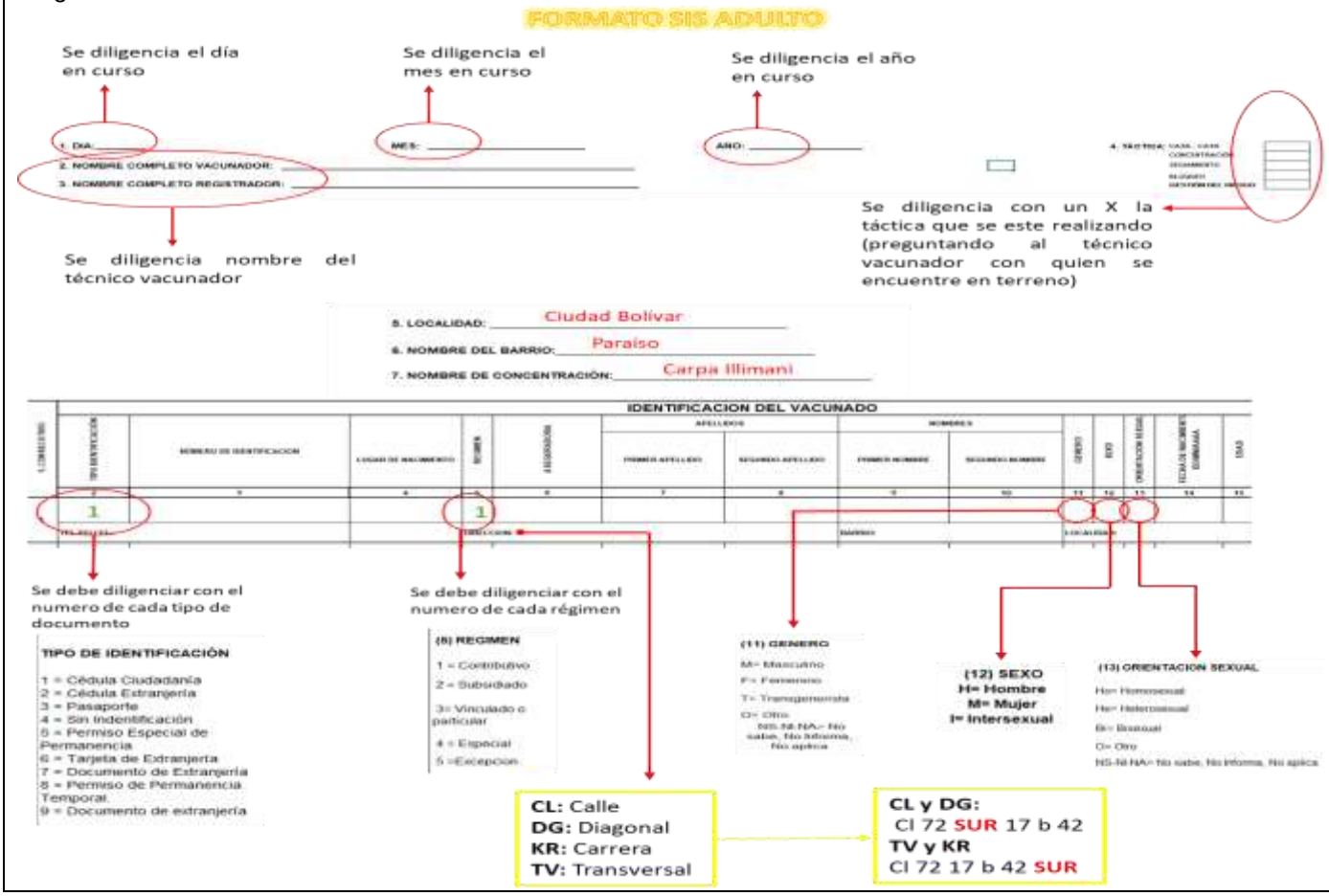


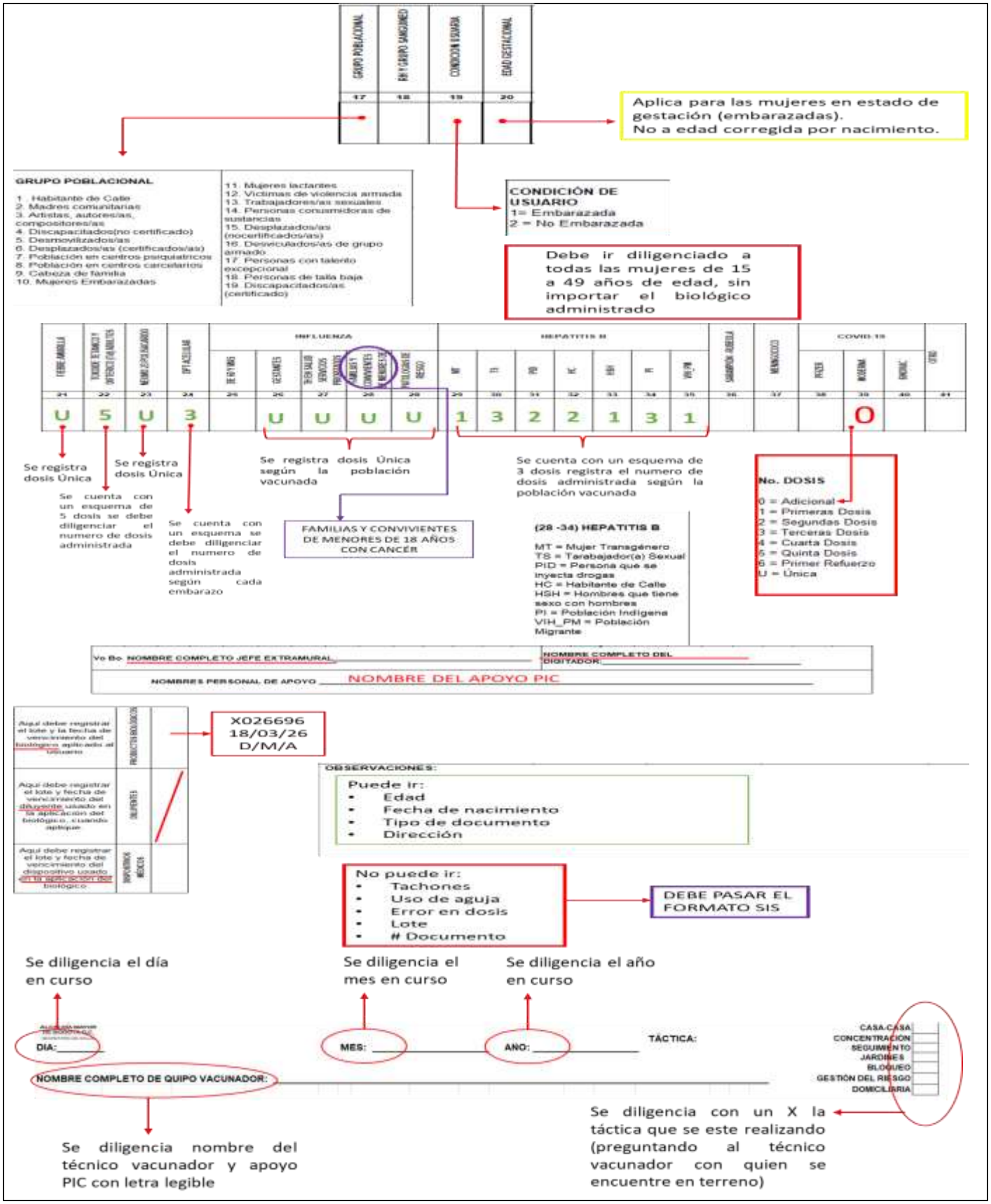






Diligenciamiento de formatos




GRUPO POBLACIONAL
CONDICIÓN USUARIA
EDAD GESTACIONAL
17
18
19
20
Aplica para las mujeres en estado de gestación (embarazadas).
No a edad corregida por nacimiento.
GRUPO POBLACIONAL
1. Habitante de Calle
2. Madres comunitarias
3. Artistas, autores/as, compositores/as
4. Discapacitados(no certificado)
5. Desmovilizados/as
6. Desplazados/as (certificados/as)
7. Población en centros psiquiatricos
8. Población en centros carcelarios
9. Cabeza de familia
10. Mujeres Embarazadas
11. Mujeres lactantes
12. Víctimas de violencia armada
13. Trabajadores/as sexuales
14. Personas consumidoras de sustancias
15. Desplazados/as (nocertificados/as)
16. Desvinculados/as de grupo armado
17. Personas con talento excepcional
18. Personas de talla baja
19. Discapacitados/as (certificado)
CONDICIÓN DE USUARIO
1= Embarazada
2 = No Embarazada
Debe ir diligenciado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, sin importar el biológico administrado
FIEBRE AMARILLA
TOXOIDE ESTAFILOCÓCICO (DIFTERIA Y TÉTANOS)
MENINGOCÓCICO
DPT ACELULAR
INFLUENZA
HEPATITIS B
SARAMPIÓN RUBEOLA
NEUMOCOCICO
COVID-19
PFIZER
MODERNA
JANSSEN
OTRO
24
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
U
5
U
3
U
U
U
U
1
3
2
2
1
3
1
O
Se registra dosis Única
Se registra dosis Única
Se cuenta con un esquema de 5 dosis se debe diligenciar el numero de dosis administrada
Se cuenta con un esquema se debe diligenciar el numero de dosis administrada según cada embarazo
Se registra dosis Única según la población vacunada
FAMILIAS Y CONVIVIENTES DE MENORES DE 18 AÑOS CON CANCÉR
Se cuenta con un esquema de 3 dosis registra el numero de dosis administrada según la población vacunada
No. DOSIS
0 = Adicional
1 = Primeras Dosis
2 = Segundas Dosis
3 = Terceras Dosis
4 = Cuarta Dosis
5 = Quinta Dosis
6 = Primer Refuerzo
U = Única
(28 -34) HEPATITIS B
MT = Mujer Transgénero
TS = Tarabajador(a) Sexual
PID = Persona que se inyecta drogas
HC = Habitante de Calle
HSH = Hombres que tiene sexo con hombres
PI = Población Indigena
VIH_PM = Población Migrante
Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL
NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR:
NOMBRES PERSONAL DE APOYO
NOMBRE DEL APOYO PIC
Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico
PRODUCTO BIOLÓGICOS
DILUYENTES
DISPOSITIVOS MÉDICOS
X026696
18/03/26
D/M/A
OBSERVACIONES:
Puede ir:
Edad
Fecha de nacimiento
Tipo de documento
Dirección
No puede ir:
Tachones
Uso de aguja
Error en dosis
Lote
Documento
DEBE PASAR EL FORMATO SIS
Se diligencia el día en curso
Se diligencia el mes en curso
Se diligencia el año en curso
DIA:
MES:
AÑO:
TÁCTICA:
CASA-CASA
CONCENTRACIÓN
SEGUIMIENTO
JARDINES
BLOQUEO
GESTIÓN DEL RIESGO
DOMICILIARIA
NOMBRE COMPLETO DE QUIPO VACUNADOR:
Se diligencia nombre del técnico vacunador y apoyo PIC con letra legible
Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

FORMATO SIS NIÑOS MENORES DE 17 AÑOS

Se diligencia el día en curso

Se diligencia el mes en curso

Se diligencia el año en curso

1. DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR: _____

3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR: _____

Se diligencia nombre del técnico vacunador

4. TÁCTICA: CASA - CASA, CONCENTRACIÓN, SEGUIMIENTO, BLOQUEO, GESTIÓN DEL RIESGO

Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

5. LOCALIDAD: Ciudad Bolívar 6. NOMBRE BARRIO: Paraíso 7. NOMBRE DE CONCENTRACIÓN Y/O JARDIN: Arañas saltarinas

8. DATOS DEL VACUNADO

9. PRIMER APELLIDO	10. SEGUNDO APELLIDO	11. NOMBRES	12. FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	13. NUMERO DE IDENTIFICACIÓN (TIPO EN No 21)	14. SEXO	15. DATOS
1						

Se debe diligenciar con el numero de cada régimen

Se debe diligenciar con el numero de registro civil y numero de nacido vivo

Aplica para las mujeres en estado de gestación

Se diligencia:
TIPO EDAD
D = Días
M = Meses
Años = Años

Se debe diligenciar con el # de hijo de la madre a vacunar

(5) REGIMEN
1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3= Vinculado o particular
4 = Especial
5 =Excepcion

NS = No sabe en caso de no tener información.

EDAD			TIPO EDAD
ETNIA		No DE HIJO	
RH Y GRUPO SANGUINEO		GRUPO POBLACIONAL	

16. DATOS GRUPO POBLACIONAL
1. Habitante de Calle
2. Población infantil a cargo del ICBF
3. Desmovilizados/as
4. Desplazados/as (certificados/as)
5. Población en centros psiquiatricos
6. Victimas de violencia armada
7. Desplazados/as (No certificados/as)
8. Hijos/as de desmovilizado/a
9. Población infantil en protección de la SDIS
10. Hijos/as de cabezas de familia
11. Hijos/as de secuestrados/as
12. Hijos/as de recluso en centro carcelario
13. Hijos/as de veterano de la fuerza pública
14. Personas con talento excepcional
15. Hijos/as de héroe de la Nación
16. Personas de talla baja
17. Personas en condición de discapacidad (certificado)
18. Cabezas de familia
19. Mujeres embarazadas
20. Mujeres lactantes

18. IDENTIFICACION DE LA MADRE

20. PRIMER APELLIDO	21. TIPO DE IDENTIF	22. NUMERO DE IDENTIFICACION	23. DIRECCION	24. BARRIO	25. TELEFONO RESIDENCIA	26. TELEFONO CELULAR	27. HOSPITAL DE NACIMIENTO	28. NOTIFICACION DE NACIMIENTO
	1							

Se debe diligenciar con el número de cada tipo

Se debe diligenciar dos números telefónicos para actualización del dato.

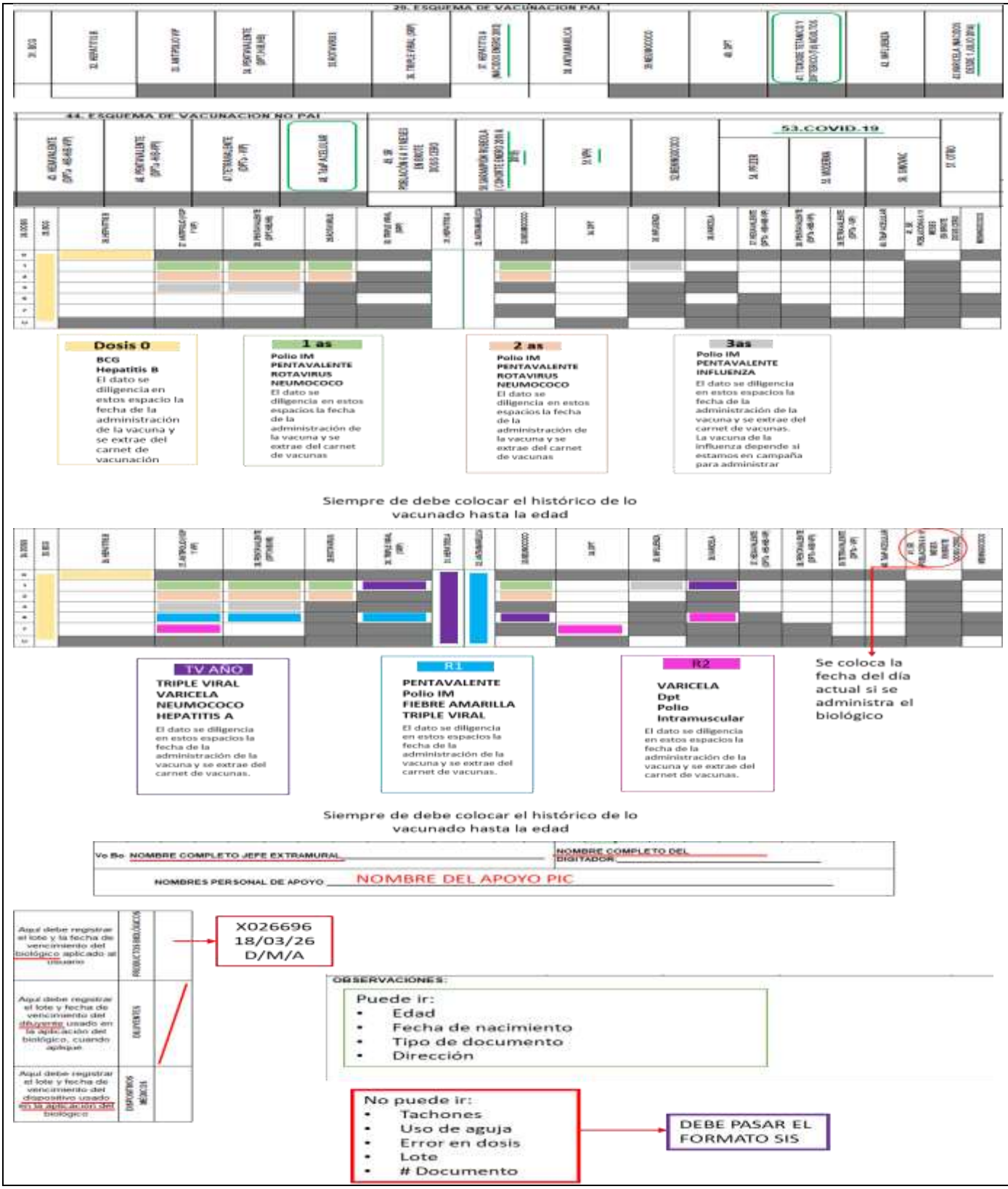
Se debe diligenciar el hospital donde el menor nació

21. TIPO IDENTIF
1 = Pasaporte
2 = Certificado de nacido vivo
3 = Registro Civil (NUIP)
4 = Tarjeta de Identidad
5 = Sin identificación
6 = Permiso Especial de Permanencia
7 = Tarjeta de Extranjería
8 = Permiso Temporal
9 = Documento de Extranjería

E V/QUEMA DE VACUNACION K

30. DOSIS	47. TETRAVALENTE (DPTa - VIP)	48. TdaP ACELULAR	49. SR POBLACIÓN 6 A 11 MESES EN BROTE DOSIS CERO	50. SARAMPIÓN RUBEOLA (COHORTE ENERO 2018 A 2019)	51. VPH
0					
1					
2					
3					
4 / 5					
6 / 7					
U					

31 - 67 ESQUEMA DE VACUNACIÓN No. De DOSIS
0 = Adicional
1= Primera dosis
2 = Segunda dosis
3 = Tercera dosis
4 = Cuarta dosis / aplica para td
5 = Quinta dosis/ aplica para td
6 = Primer Refuerzo
7 = Segundo Refuerzo
U = Unica dosis


Dosis 0
BCG
Hepatitis B
El dato se diligencia en estos espacio la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunación
1 as
Polio IM
PENTAVALENTE
ROTAVIRUS
NEUMOCOCO
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas
2 as
Polio IM
PENTAVALENTE
ROTAVIRUS
NEUMOCOCO
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas
3as
Polio IM
PENTAVALENTE
INFLUENZA
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas. La vacuna de la influenza depende si estamos en campaña para administrar
Siempre de debe colocar el histórico de lo vacunado hasta la edad
TV AÑO
TRIPLE VIRAL
VARICELA
NEUMOCOCO
HEPATITIS A
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
R1
PENTAVALENTE
Polio IM
FIEBRE AMARILLA
TRIPLE VIRAL
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
R2
VARICELA
Dpt
Polio
Intramuscular
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
Se coloca la fecha del día actual si se administra el biológico
Siempre de debe colocar el histórico de lo vacunado hasta la edad
Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL
NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR
NOMBRES PERSONAL DE APOYO
NOMBRE DEL APOYO PIC
Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario
PRODUCTO BIOLÓGICO
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique
DILUYENTE
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico
DISPOSITIVO MEDICO
X026696
18/03/26
D/M/A
OBSERVACIONES:
Puede ir:
Edad
Fecha de nacimiento
Tipo de documento
Dirección
No puede ir:
Tachones
Uso de aguja
Error en dosis
Lote
Documento
DEBE PASAR EL FORMATO SIS

Brindar a las usuarias o acudiente para leer detenidamente y resolver sus inquietudes



El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

DECLARO que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, acepto la aplicación de la vacuna contra el VPH, en tales condiciones

Diligenciar con una X el acepto de la usuaria o acudiente

ACEPTO X **NO ACEPTO** _____ que se me aplique la vacuna.

Nombre del Cuidador Nombre acudiente Firma: Firma acudiente C.C. # documento acudiente

Nombre del Vacunador Nombre vacunador Firma Vacunador C.C. # documento vacunador

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

CONSENTIMIENTO COVID 19

CIUDAD _____ **FECHA: DÍA** _____ **MES** _____ **AÑO** _____ **HORA:** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES _____ **APELLIDOS** _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ___ **TI** ___ **CC** ___ **CE** ___ **OTRO** ___ **NÚMERO** _____

FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ **MES** _____ **AÑO** _____ **EDAD** _____ **años**

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EAPB del usuario

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (Por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)	
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Laboratorio a administrar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ( ) o dosis única (X = Adicional)

Diligenciar con una X

En consecuencia, decido **ACEPTAR** ___ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR**: ___ que se me aplique la vacuna.

Firma: Del usuario

Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

Razón por la que no firma: _____

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

Identificación y firma del vacunador

Nombres Vacunador Apellidos Vacunador

Tipo de Identificación: RC ___ TI ___ CC ___ CE ___ otro ___ número # cedula vacunador de _____

Firma Vacunador

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Subred integrada de servicios de salud Sur

DEPARTAMENTO/DISTRITO Bogotá **MUNICIPIO** Bogotá

Se enfatiza en la importancia de el seguimiento de conducto regular, ante cualquier situación y/o novedad laboral o posibles ausencias que se puedan tener de tipo personal, adicional, se recalca la presentación personal (cabello recogido, uñas sin maquillaje, etc.), adicionalmente, la importancia del fortalecimiento teórico propio para que se pueda brindar una atención adecuada a cada uno de los usuarios asignados de acuerdo a la actividad contractual.


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCION ESPECIFICA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCION INDUCCION ESPECIFICA
Aceptar
Totalmente


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCION
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCION ESPECIFICA
Fecha diligenciamiento: 2025-03-27
Radicado #: 477134
Aceptar
Fecha
A continuación le realizaremos una encuesta referente a la inducción especifica con el fin de conocer el nivel de satisfacción que usted obtuvo



Se finaliza la reunión sin novedades y estableciendo compromisos en ítem 8.

7. DECISIONES TOMADAS

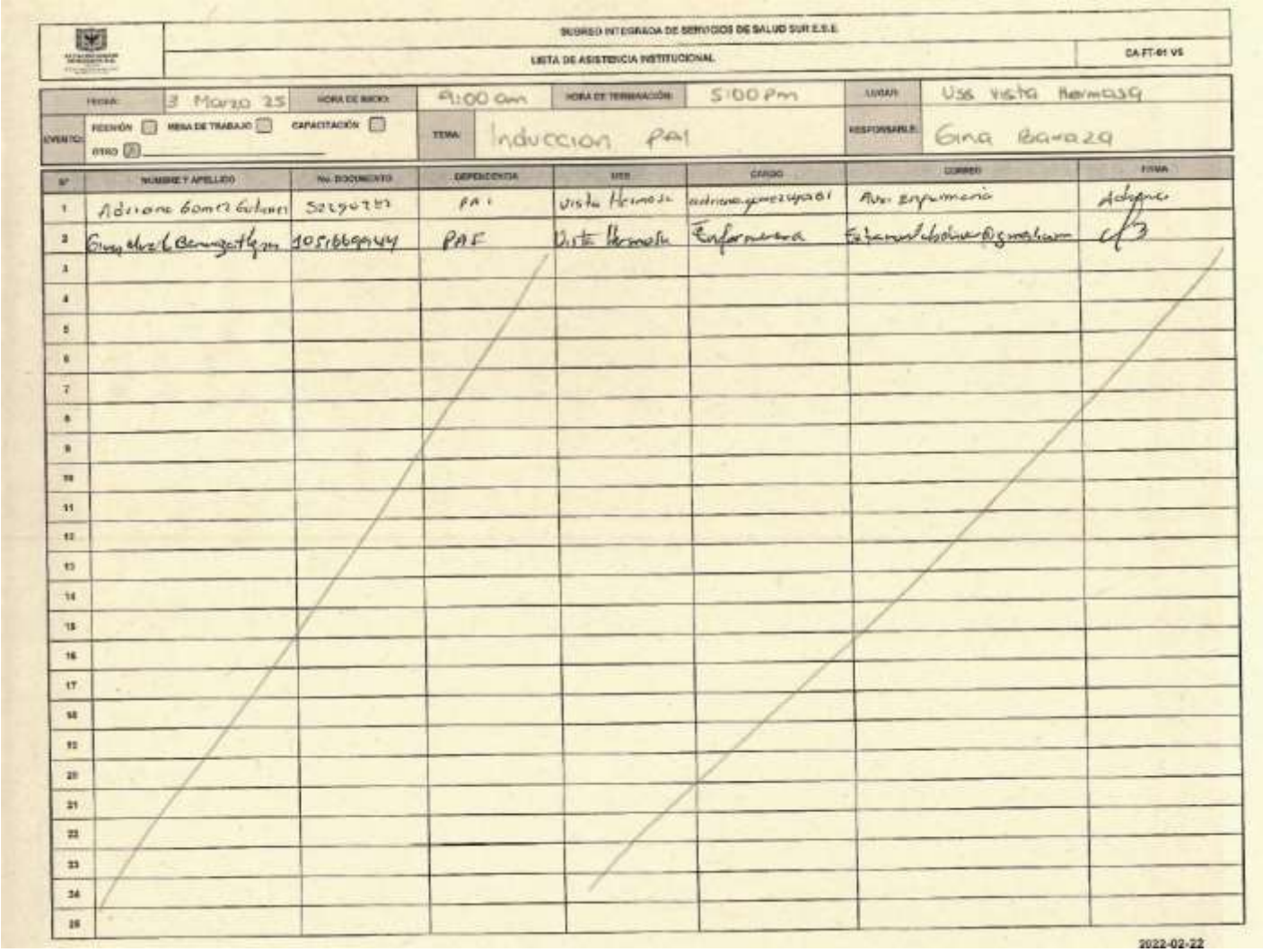
N/A

8. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite aaaa-mm--dd)	QUIEN (Responsable)
Continuar con aprendizaje individual de vacunación	Leyendo y preguntando cada duda que surja	Continuo	Adriana Gómez
Fortalecimiento teórico propio de lineamientos, normatividad vigente, protocolos y procedimientos de la subred, Manual Técnico Administrativo del PAI, insertos de biológicos, etc.	Apropiación de conocimientos necesarios del PAI	Diario / De acuerdo con la necesidad	Adriana Gómez

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN _Se anexa listado
SECRETARIO REUNIÓN __**N/A**_____



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL

CA-FT-01 V5

FECHA:	3 Marzo 25	HORA DE INICIO:	9:00 am	HORA DE TERMINACIÓN:	5:00 Pm	LUGAR:	USS Vista Hermosa
EVENTO: REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☒		TEMA:	Induccion PAI			RESPONSABLE:	Gina Baroza

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	SEDE	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Adriana Gomez Galeano	52690757	PAI	Vista Hermosa	adrianagomez4980@	Aux. enfermeria	Adriana
2	Gina Maritza Barroza Tapia	1051669444	PAI	Vista Hermosa	Enfermera	Ginabarroza@gmail.com	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

2022-02-22

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V6

FECHA	3 Marzo 25	HORA DE INICIO	9:00 am	HORA DE TERMINACIÓN	5:00 pm	LUGAR	USS Vista Hermosa
EVENTO: REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☒		TEMA	Induccion PAI			RESPONSABLE	Gina Barrera

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Gina Marcela Barrera Mejia	1015669940	PAI	Vista Hermosa	Enfermera	Enfermerabarrera@gmail.com	
2	Vivian Forero Castro	1024529777	PAI	Vista hermosa	Aux Enfermera	saiev.cantu2201@gmail.com	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Adriana Maria Gomez Gutierrez
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermeria
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52 290 285
FECHA DE INGRESO:	1 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	3 Marzo 2025
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC - PAI
SERVICIO:	PAI
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO ____ Cuál ? ____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCION	
NOMBRE COMPLETO:	Gina Marcela Barraza Mejia
PERFIL O CARGO:	Enfermera

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas específicos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN Nombre y cargo de quien brinda la información
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupacionales SST.	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	✓				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Conoce las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que no todos los colaboradores tienen acceso	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las lecciones de formación del servicio en plataforma MAO.	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionado al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.	✓			Se entrega insumos de acuerdo a actividad extramural	
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuándo y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informó frente a procesos de auditoría interna y externa que estén relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	✓			Siendo colaboradores OPS algunos soportes no aplican.	
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.			✓		
Se validan cursos de MAO como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las victimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro específico del servicio o dependencia.	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligencio encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador

Firma del mentor: Firma del colaborador: Adriana Gomez

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI ____ NO ____ Cuales? _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Onner Armando Fino Reyes
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermería
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80370327
FECHA DE INGRESO:	1 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	3 Marzo 2025
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC - PAI
SERVICIO:	PAI
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO____ Cuál ? _____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Gina Marcela Baraza Mejia
PERFIL O CARGO:	Enfermera

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas específicos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN Nombre y cargo de quien brinda la información
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupacionales SST.	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés	✓				
Se realizo identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Co...e las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades. horarios de atención, uso del carné y otros controles.	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que no todos los colaboradores tienen acceso	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.	✓			Se entrega insumos de acuerdo a cantidad extramural	
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informó frente a procesos de auditoria interna y externa que estén relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	✓			Siendo colaboradores ars algunos soportes no aplican	
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.			✓		
Se validan cursos de MAC como lo son seguridad al paciente, atención integral a las victimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro especifico del servicio o dependencia	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligencio encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: [signature] Firma del colaborador: ONWER A FINO

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI ____ NO ____ Cuáles? _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	CA-FT-02 V6

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Yiman Yillan Forero Castro
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermería
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1024529777
FECHA DE INGRESO:	1 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	3 Marzo 2025
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC - PAI
SERVICIO:	PAI
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO ____ Cuál ? ____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Juan Sebastian Paez Santamaria
PERFIL O CARGO:	Enfermero

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas especificos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN (Nombre y cargo de quien brinda la información)
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupacionales SST	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	✓				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Conoce las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que todos los colaboradores tienen acceso	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.	✓			Se entrega insumos de acuerdo a actividad extramural	
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informó frente a procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	✓			Siendo colaborador OPS algunos soportes no gelican	
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que pueden generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio			✓		
Se validan cursos de MAO como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las víctimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro específico del servicio o dependencia.	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligencio encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: [signature] Firma del colaborador: [signature]

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica:

SI ____ NO ____ Cuáles? _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E**	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	**CA-FT-02 V6**

EVENTO: **CAPACITACIÒN** [X] **REUNIÒN** **OTRO** [ ] **MESA DE** [ ] [ ] **TRABAJO**			
FECHA: 2025-03-18	**HORA INICIO:** 10:00 am	**HORA FINAL:** 05:00 pm	**REUNIÓN N°:**
LUGAR: USS VISTA HERMOSA			
TEMA: INDUCCION ESPECIFICA PSPIC- PROCESO TRANSVERSAL PAI			
RESPONSABLE: Gina Barraza		**SECRETARIO:** N/A	

1. OBJETIVO:

Realizar inducción al talento humano que ingresa al Programa Ampliado de Inmunizaciones.

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de CA-FT-01 “Lista de asistencia institucional”

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Se anexa listado de asistencia				
2					
3					
4					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

1. Descripción de perfil y obligaciones.
2. Equipo directivo
3. Plataforma Estratégica
4. Ubicación de unidades
5. Estructura organizacional
6. Plataformas institucionales
   Socialización SIASUR
   Socialización ruta de la ALMERA
   Socialización de sistema dinámica (MAO)
7. Socialización de PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
8. Localidades y unidades de salida
9. Lineamiento operativo vigencia diciembre 2024 – julio 2025
10. Esquema de vacunación
    4.1Esquema menor de 5 años
    4.2 Esquema atrasado
11. Inducción generalidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones
12. Diligenciamiento de formatos

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

No aplica

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

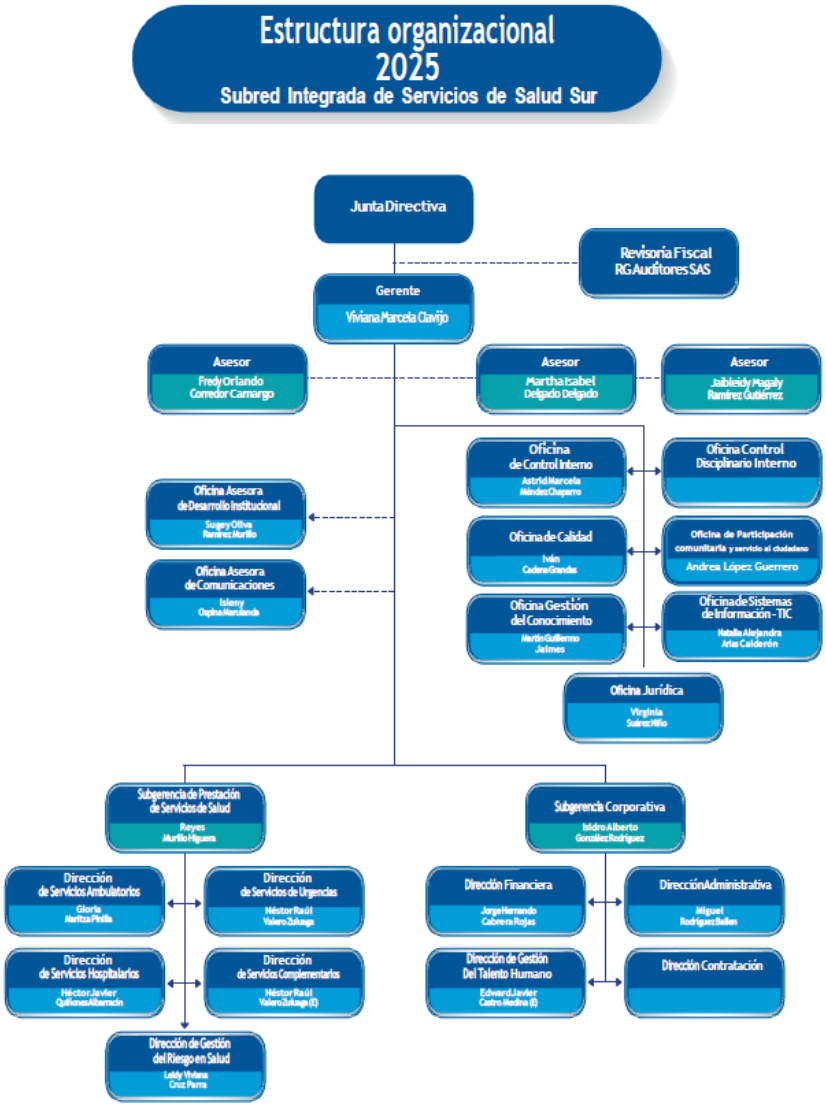
No aplica

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Se da la bienvenida al nuevo colaborador que ingresa al Proceso Transversal PAI , en donde se presenta al equipo y se procese a dar las especificaciones administrativas como son:

NÚMERO DE CONTRATO: 4987-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: MARIEN YADELSY PEÑALOZA SANCHEZ
IDENTIFICACIÓN: 60265921

EQUIPO DIRECTIVO SUBREDSUR



PLATAFORMA ESTRATEGICA
Emanada por el acuerdo 85 de 2024.



MISION: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., brinda a través de un Modelo basado en la Atención Primaria Social, integral e integrado, servicios de salud enfocados a una gestión de riesgo, con excelencia, humanizada y comprometida con MAS SALUD Y MAS BIENESTAR; contando con un talento humano altamente calificado, transparente, comprometido, convocación de docencia y servicio soportado en una gestión del conocimiento, innovadora e investigativa que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población urbana y rural bajo un enfoque diferencial.

VISION: Consolidarnos en el año 2028, como una Empresa Social del Estado referente a nivel nacional en la Prestación de Servicios de Salud con MAS Bienestar, con estándares superiores de calidad, líderes en docencia, con avances significativos en investigación, sostenibilidad financiera y ambiental; manteniendo un enfoque incluyente, diferencial y multicultural que promueva la intersectorialidad aportando al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, familias y comunidad urbana y rural.

VALORES:
Los valores son aptitudes o cualidades individuales que definen la conducta de un individuo en la sociedad. Dichos valores derivan de los principios éticos universales, de allí que su objetivo sea guiar a los individuos a obrar

correctamente, de forma individual y colectiva.

- Honestidad
- Respeto
- Compromiso
- Diligencia
- Justicia
- Inclusión

PRINCIPIOS:

Los Principios son reglas o normas que orientan la acción de un ser humano cambiando las facultades espirituales racionales. Se trata de normas de carácter general y universal, como, por ejemplo: amar al prójimo, no mentir, respetar la vida de las demás personas, etc. Los principios morales también se llaman máximas o precepto constitucional.
Tomando como referencia lo establecido en el artículo 3 del Acuerdo Distrital 927 de 2024, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá 2024-2027: “Bogotá Camina Segura”.

- Vocación de Servicio y Liderazgo Publico
- Ética
- Transparencia
- Empatía
- Corresponsabilidad.
- Interdependencia e Integración

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

En la definición de los Objetivos Estratégicos, se contempla a continuación los adelantos de los propósitos entregados por los líderes de los procesos y sus equipos de Trabajo, las líneas técnicas de la propuesta del Plan Territorial en Salud y lo dispuesto en las líneas de la Secretaria Distrital de Salud, a continuación, se presentan los avances:

PIMERO: ENFOQUE MISIONAL – PLAN TERRITORIAL EN SALUD BOGOTA + BIENESTAR

Fortalece el Modelo de Salud de Bogotá, en el marco de la Atención Primaria Social bajo un enfoque de riesgo individual, poblacional y territorial, a través de la prestación de servicios de salud con respuestas transectoriales, con calidad, seguridad, más humanos e innovadores haciendo énfasis en educación y transferencia del conocimiento, soportado en un equipo altamente comprometido.

SEGUNDO: ENFOQUE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Alcanzar una sostenibilidad financiera mediante el aumento de venta de servicios, mejoramiento del recaudo y austeridad del gasto para llegar a un punto de equilibrio financiero en la Subred Sur.

TERCERO: ENFOQUE A LA GESTION Y DESEMPEÑO – SOGC – PROCESOS Y PROCEDIMIENTO – INNOVACION – TECNOLOGIA – SISTEMAS DE INFORMACION

Lograr un excelente desempeño institucional, mediante la implementación de acciones que dirigen a la organización al mantenimiento de los estándares superiores de calidad, en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales.

CUARTO: ENFOQUE TALENTO HUMANO, HUMANIZACION Y CULTURA DEL SERVICIO

Fortalecer las capacidades y potencializar el desarrollo del Talento Humano, orientado a la cultura del servicio y la confianza y la confianza ciudadana, fomentando la atención con calidad humanizada y sin discriminación.

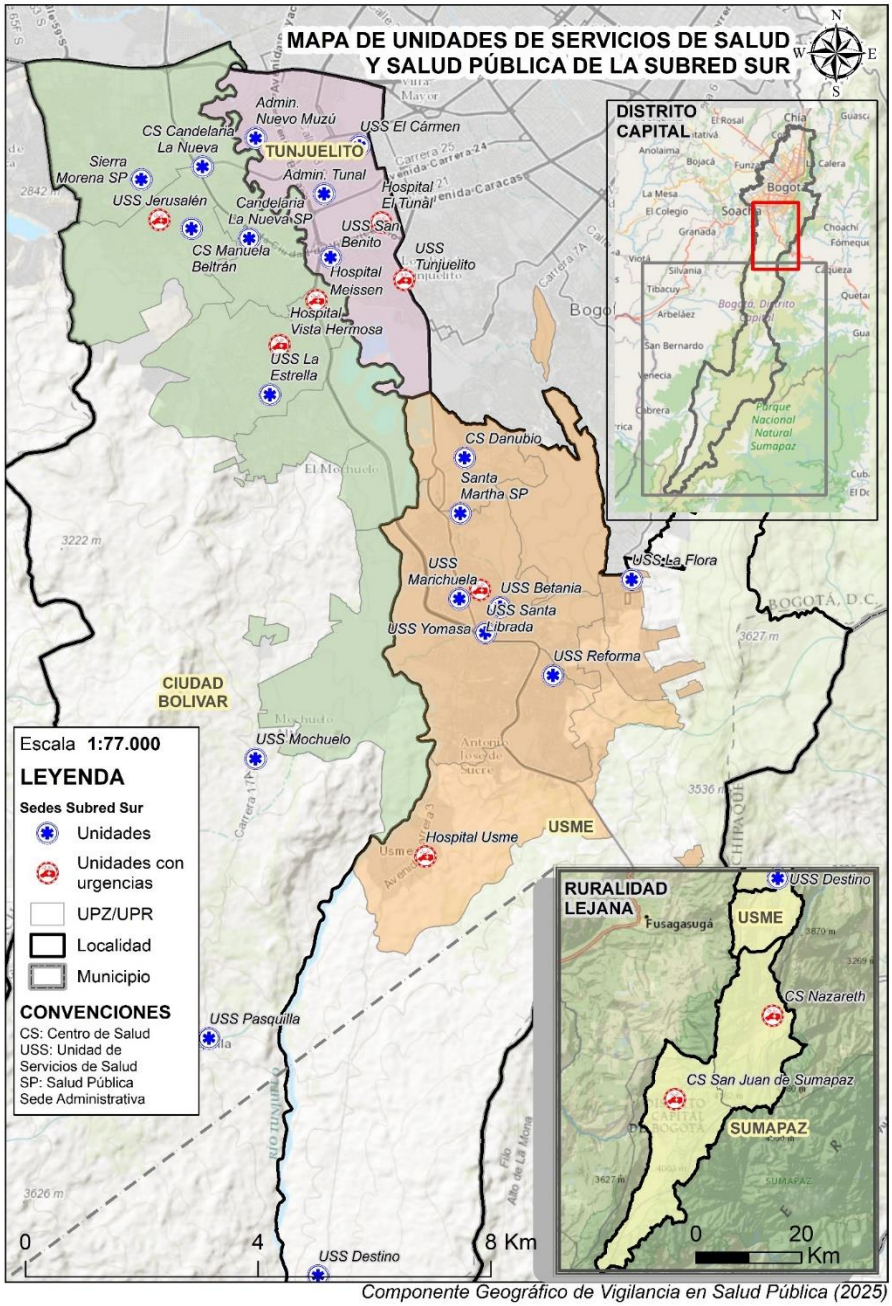
QUINTO: ENFOQUE AL CIUDADANO, RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y LA GOBERNANZA

Fortalecer la gobernanza institucional, en el marco del modelo de relacionamiento con la ciudadanía, garantizando los criterios diferenciales de accesibilidad, enfoque de derechos, participación y el control social, en aras de generar una visión amplia de las expectativas y necesidades brindando respuesta oportuna a las mismas, logrando así mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

UBICACION EN UNIDADES DE SERVICIOS

DIREDIRECTORIO USS, UHMES Y CAPSCTORIO USS, UHMES Y CAPS				
LOCALIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD	HORARIO CONSULTA EXT	DIRECCIÓN	TELÉFONO
TUNJUELITO	CENTRO DE SALUD SAN BENITO	L- V 7:00 a.m. - 6:00 p.m	Cll. 58 Sur No. 19B - 25	279 71 32
TUNJUELITO	SEDE ADMINISTRATIVA NUEVO MUZU	7:00 a.m. - 5:00 p.m	Diag. 53 No. 59A - 11 Sur	730 00 00 EXT. 75500
TUNJUELITO	CENTRO DE SALUD EL CARMEN	7:00 a.m. - 7:00 p.m.	Cll. 48B Sur No. 28 - 80	730 00 00 EXT. 41024
TUNJUELITO	HOSPITAL MEDICINA INTERNA	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 14 No. 51 - 21 Sur	605 82 29
TUNJUELITO	SEDE ADMINISTRATIVA TUNAL	7:00 a.m. - 5:00 p.m	Cra. 24c No. 54 -47 Sur	742 85 85
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD CANDELARIA	6:00 a.m. - 7:00 p.m.	Cra 51 No. 59C - 40 Sur	715 12 22
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL VISTA HERMOSA	7:00 a.m. - 5:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 18C No. 66A - 55 Sur	765 26 56
CIUDAD BOLÍVAR	CANDELARIA - SALUD PUBLICA	7:00 a.m. - 4:00 p.m.	Cra. 51 No. 59C - 40 Sur	730 00 00 EXT. 72415
CIUDAD BOLÍVAR	URGENCIAS JERUSALEN	7:00 a.m. - 4:30 p.m. 24 HORAS	Cll. 77 No. 85B - 13 Sur	718 16 49
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL LA ESTRELLA	24 HORAS	Cra. 18F No. 72 - 45 Sur	761 80 63
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN	7:00 p.m. - 7:00 a.m.	Cra. 44D No. 69L - 16 Sur	730 00 00 EXT. 11591
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD MOCHUELO	L-MI-V 7:00 a.m. - 4:30 p.m.	Cra. 4 No.3 -29 Vía Olarte Pasquilla	730 00 00 EXT. 15500
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD PASQUILLA	M-J 7:00 a.m. - 4:30 p.m.	Cra. 1 No. 3 -29 Vía Olarte Pasquilla	730 00 00 EXT. 16500
CIUDAD BOLÍVAR	SALUD PÚBLICA SIERRA MORENA	6:00 a.m. - 5:00 p.m.	Cll. 70 No. 56 - 56 Sur	730 00 00 EXT. 12500
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL MEISSEN	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 18B No. 60G - 36 Sur	769 31 31
USME	CENTRO DE SALUD BETANIA	6:00 a.m. - 6:00 p.m	Cll. 76B Sur No. 7 - 64	730 00 00 EXT. 31067
USME	CENTRO DE SALUD MARICHUELA	L-V 5:30 a.m - 8:00 p.m.	Cll. 76 No. 14 - 74 Sur	730 00 00 EXT. 31124
USME	CENTRO DE SALUD DANUBIO	L-V 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cll. 65 Sur No. 7D - 90	730 00 00 EXT. 31095
USME	CENTRO DE SALUD DESTINO	7:00 a.m - 4:30 p.m.	Vereda El Destino Km 7 8 - La Regadera 96	555 62 70
USME	CENTRO DE SALUD FLORA	L-J 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cra. 14B Este No. 74B - 44 Sur	730 00 00 EXT. 31092
USME	CENTRO DE SALUD REFORMA	L-V 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cra. 6B Este No. 89 - 44 Sur	730 00 00 EXT. 31072
USME	CENTRO DE SALUD SANTA LIBRADA	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 9B No. 135A - 42 Sur	730 00 00 EXT. 31055

USME	SALUD PÚBLICA SANTA MARTA	6:30 a.m - 5:00 p.m.	Cll. 68B sur No. 9A - 29	730 00 00 EXT. 31072
USME	CENTRO DE SALUD USME	L-V 7:00 a.m. - 4:30 p.m. 24 HORAS	Cra. 13 No. 135A - 42 Sur	730 00 00 EXT. 31029
USME	CENTRO DE SALUD YOMASA	6:30 a.m - 5:00 p.m.	Cra. 10 No. 81A - 06 Sur	730 00 00 EXT. 31063
SUMAPAZ	CENTRO DE SALUDNAZARETH	L-D 8:00 a.m. - 5:00 p.m 24 HORAS	Cll. 3 No. 2 - 21 Nazareth Suampaz	321 9007789
SUMAPAZ	CENTRO DE SALUD SAN JUAN	L-D 8:00 a.m. - 5:00 p.m 24 HORAS	Vereda San Juan de Sumapaz	321900 77 51



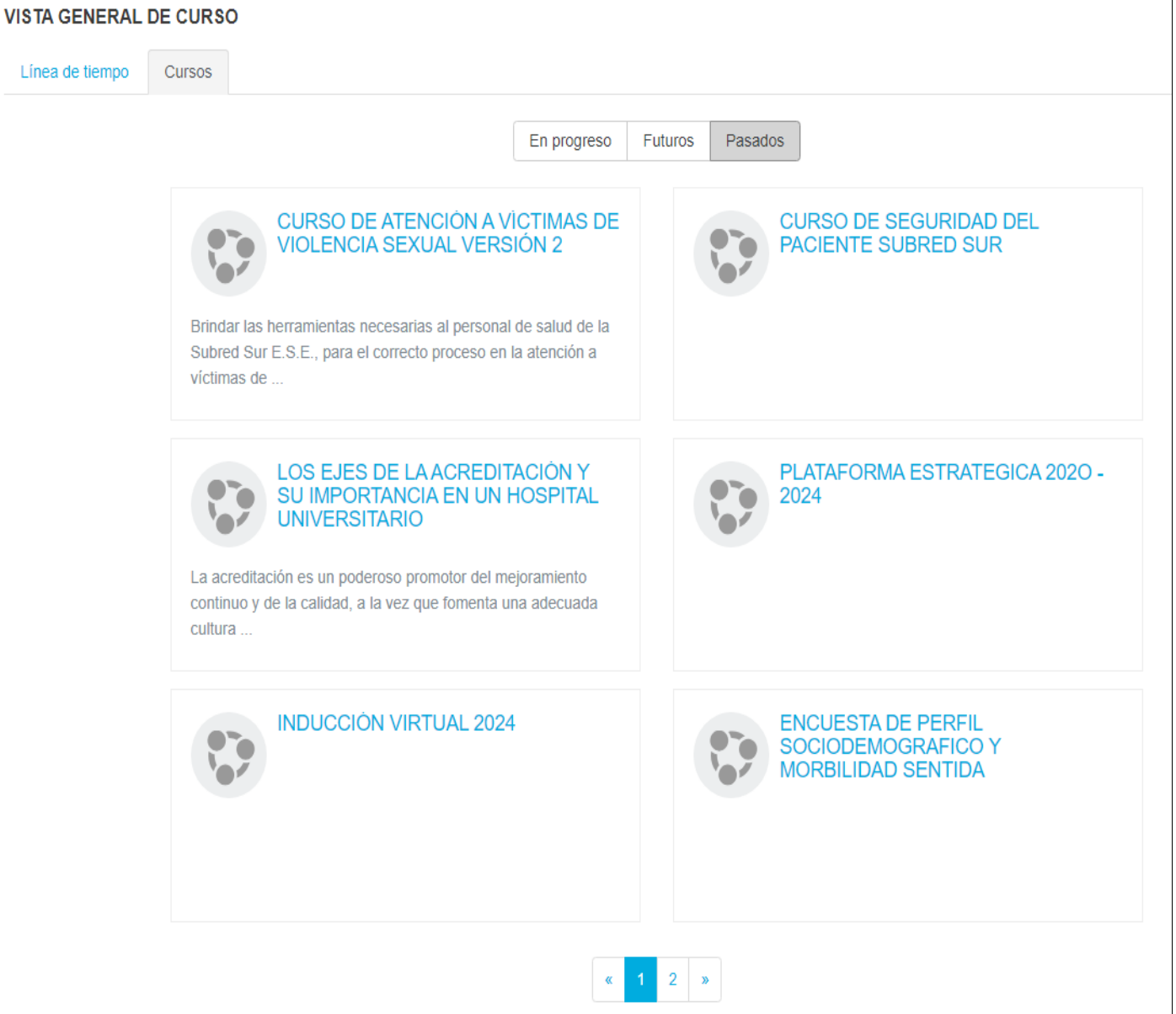
Componente Geográfico de Vigilancia en Salud Pública (2025)

PLATAFORMAS INSTITUCIONALES

SIASUR
http://siasur.subredsur.gov.co/login
http://siasur.subredsur.gov.co/contratacion/informe-actividades/ver-informe-actividades/255709

Crear usuario y contraseña a través de este se sube la cuenta de cobro.
Se anexa video explicando el funcionamiento de SIASUR.

PLATAFORMA (MAO)
http://moodle.subredsur.gov.co/
usuario cedula y cedula
Deben realizar todos los cursos establecidos en los primeros 10 días de firmado el contrato la plataforma y entregar las evidencias a su líder.



SOCIALIZACION RUTA DE LA ALMERA

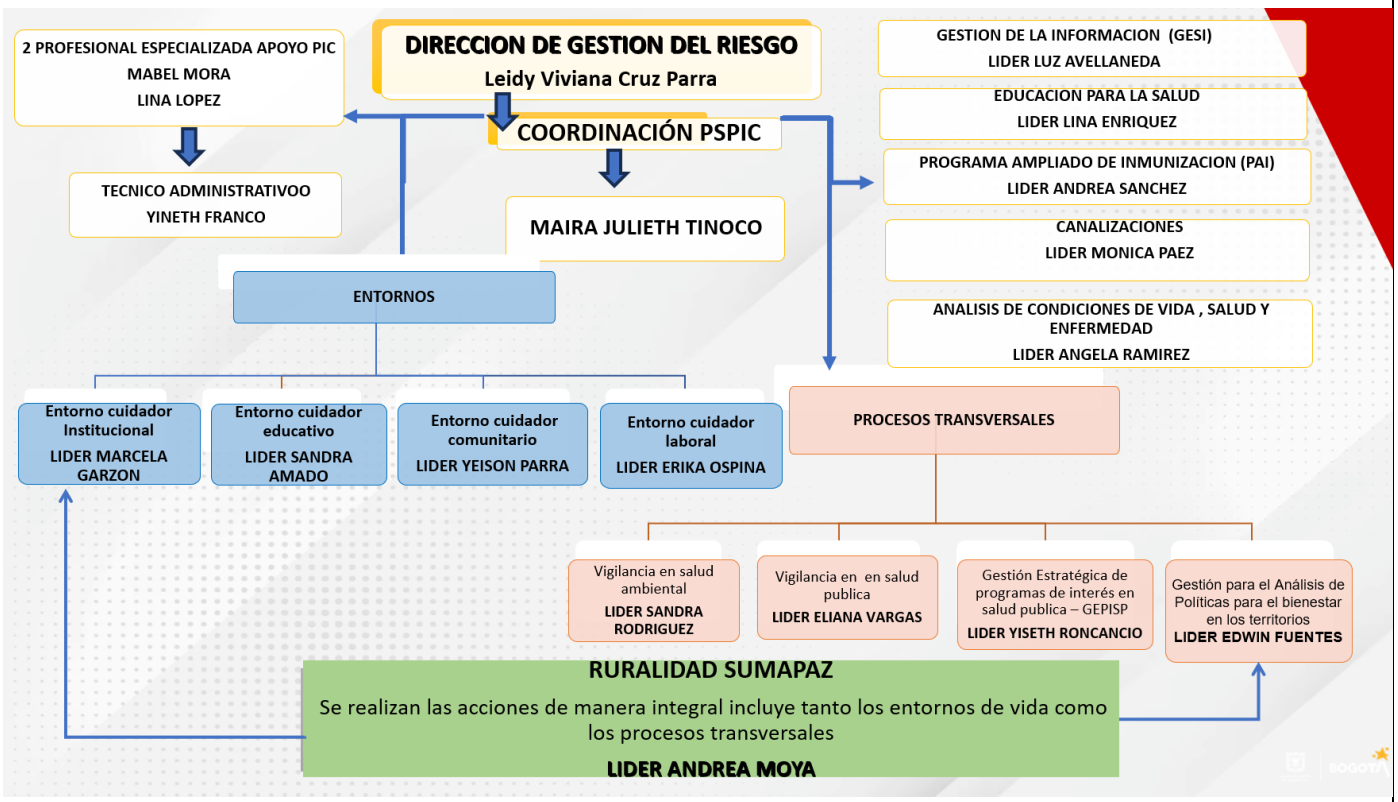
https://www.subredsur.gov.co/

https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true

A la plataforma Armera llego el nuevo módulo de Documentación que sirve para consultar la documentación institucional; realizar seguimiento, actualización y control de versiones documentales, así como consultar listados maestros.



PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



Se da la bienvenida a la auxiliar de enfermería Genny Rodriguez que ingresa al Programa Ampliado de Inmunizaciones como auxiliar de enfermería extramural asignada a la localidad de Ciudad Bolivar, se informa que las actividades se ejecutan entre las 7:00 am y las 4:00 pm aproximadamente en las cuatro localidades, se da la claridad que no se cuenta con un horario según tipo de contrato, pero el programa cuenta actividades específicas a las que se les debe dar continuidad en periodos de tiempos determinados.

Se indica la importancia de la buena presentación personal el uso de uniforme, chaqueta institucional, carnet institucional, gorra y maleta entregadas en la vigencia; de igual manera se recalca la importancia de mantener las uñas cortas, sin esmalte, cabello recogido.

Se indica que se cuentan con cuatro localidades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E., y cada una con una unidad de referencia:

- Localidad 5 – Usme: USS Marichuela
- Localidad 6 – Tunjuelito: USS San Benito
- Localidad 19 – Ciudad Bolívar: USS Vista Hermosa
- Localidad 20 – Sumapaz: USS Nazareth

Lineamiento operativo vigencia 01 de Agosto al 30 de Septiembre 2024, se realiza la lectura del documento operativo realizando énfasis en el producto Código 14 modalidad extramural

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de infancia registrar el antecedente vacunal, cumpliendo con criterios de calidad.	Diario	Técnico Auxiliar de Enfermería o Técnico en Salud Pública con experiencia mínimo de 6 meses. Nota: Cada localidad contará con un (1) auxiliar que realizará actividades de apoyo al profesional de la modalidad extramural.	1.Anexo_14.1 Registro_diario_PAI_infancia 2.Anexo_14.2 Registro_diario_PAI_adultez Notas aclaratorias: 1 Frente a la evaluación de la calidad de datos del PAI, se determina que se puede presentar un índice del 3% de margen de error con respecto al total de registros mensuales. 2 El formato o herramienta puede tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial 3. El diligenciamiento de antecedente vacunal no aplica en concentraciones desarrolladas en instituciones educativas.
Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura de la táctica casa a casa. Nota: Realizar barrido documentado de	Diario		1.Anexo 14.3_ Consolidado_censo_poblacion_sujeto_ PAI 2.Anexo 14.4_Censo población sujeto del PAI 3.Mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura. Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y para el barrido documentado se contará con los formatos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
acuerdo a Programación.			
Contar con consentimientos informados para la administración de inmunobiológicos de VPH y COVID19.	Según necesidad		1.Anexo 14.5_consentimiento_informado_para_vacuna_VPH 2.Anexo 14.6_consentimiento_informado_Covid19 Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y/o Ministerio de Salud y Protección Social
Realizar seguimiento, agendamiento y retroalimentación al Aplicativo PAI 2.0 de las cohortes de no vacunados.	Diario		1.Aplicativo PAI 2.0 con retroalimentación en el módulo de seguimiento a la cohorte.
Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío de la modalidad	Diario		1.Anexo_15.12_Control_T° 2.Anexo_15.13_Control_zona_seca En registro físico o digital Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
extramural.			pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y/o Ministerio de Salud y Protección Social

Posterior se da claridades en el esquema de vacunación que actualmente se encuentra en vigencia:

- Esquema Menor de 5 años:

Socialización y explica el esquema de vacunación menores de 5 años

- **Para vacunación con PCV13:** Todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de mayo del 2022
- **Para vacunación con PCV10:** Todos los nacidos hasta el 30 de abril del 2022 que no hayan iniciado, continuado o terminado el esquema de vacunación contra el neumococo
- **Cambio de dosis de SRP Triple Viral de 5 años a 18 meses – 2023:** A partir de 1° de Enero 2023
- **Aplicación de dosis de Pentavalente a niños y niñas 18 meses de edad – 2023:** Desde el 1° de enero 2023
- **Cambio de aplicación de vacuna de VPH:** A partir del 30 de Septiembre de 2023 a Niñas de 9 a 17 años y Niños de 9 años, Dosis Única
- **Cambio de aplicación de vacuna de VPH:** A partir del 15 de Julio de 2024 a Niños de 9 a 14 años, Dosis Única

Vacunas polisacáridas																								
1983	PSP23	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
Vacunas conjugadas																									
2000	PCV7*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
2009	PCV10°	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F		6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
2009	PCV13*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
Nuevas vacunas conjugadas en desarrollo																									
	PCV15*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
	PCV20*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20





Se realiza explicación del cambio de esquema de refuerzo de Triple Viral y pentavalente, así mismo se envía vía

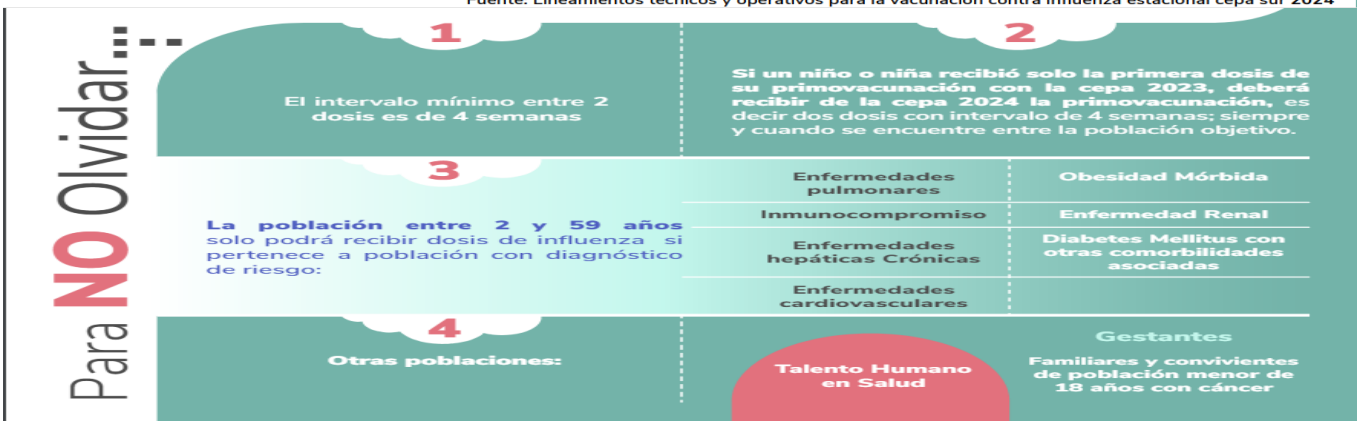
correo electrónico y otro medio el lineamiento junto con lineamiento de influenza estacional para su lectura y aprendizaje.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL CEPA SUR 2024.
"Día de ponerse al día, búsqueda de los susceptibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones" y Cambio de esquema de vacunación Nacional refuerzos 18 meses y 5 años".

	POBLACIÓN OBJETIVO	# DOSIS	DOSIS (ml)	PRESENTACIÓN	PAIWEB	DOSIS PAIWEB	RANGO EDAD PAIWEB
Laboratorio Butantan*	De 6 a 11 meses sin primovacunación	2	0.25	Vial*20	Influenza Trivalente Pediátrica	Primera	6 meses
	De 6 a 11 meses con primovacunación	1					
	De 12 a 23 meses con Primovacunación	1				Segunda	7 meses
	De 12 a 23 meses sin Primovacunación	2					
	24 a 35 meses con Primovacunación + Dx riesgo	1				Refuerzo	12 meses
	24 a 35 meses sin Primovacunación + Dx riesgo	2					
Laboratorio Green Cross*	3 a 17 años + Dx riesgo*	1	0.5	Vial*10	Influenza Trivalente Adulto	Refuerzo	12 meses
	Adultos 18 a 59 años + Dx Riesgo					Anual	Sin Rango de edad
	Gestantes (cualquier edad desde semana 14)						
	Mayores de 60 años						
	Talento Humano en Salud						

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

Fuente: Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra influenza estacional cepa sur 2024



Esquema de vacunación COVID – 19

Edad (es)	Sin Antecedente vacunal			Con antecedente vacunal			Dosis
	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis en Inmunosuprimidos	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis en Inmunosuprimidos	
Niños de 6 meses a 4 años	Día cero	A los 28 días de la primera dosis	Niños inmunosuprimidos a los 28 días de la segunda	Con antecedente de Sinovac en niños a partir de los 3 años de edad o Moderna Pediátrica en niños a partir de los 6 meses de edad.	Completar con Sinovac a partir de los 3 años o Moderna XBB. 1.5 de acuerdo a decisión del acudiente.	Niños inmunosuprimidos a los 28 días de la segunda	Dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular
				Con antecedente vacunal de 2 dosis de Sinovac, Moderna pediátrica o esquema heterólogo (sinovac-moderna) aplicar dosis adicional a los 6 meses de la ultima dosis			
Niños de 5 años a 11 años, con o sin vacunación previa	**Escenario 1:** Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2:** Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid 19. **Escenario 3:** Personas inmunodeprimidas: aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular
Personas a partir de los 12 años, con o sin vacunación previa	**Escenario 1:** Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2:** Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid 19. **Escenario 3:** Personas inmunodeprimidas:aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular
Personas a partir de los 60 años	**Escenario 1:** Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2:** Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid19. **Escenario 3:** Personas inmunodeprimidas: aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Wi

Esquema Atrasado
Vacunación a población menor de un año y un año con esquema tardío:

- Población menor de 12 meses:

Con esquema incompleto o tardío se debe iniciar o continuar el esquema, conservando intervalo de 8 semanas según su antecedente vacunal.

- Población de 12 a 23 meses:

Sin antecedente vacunal o con esquema de vacunación incompleto o tardío se debe iniciar o continuar el esquema, conservando el intervalo de 4 semanas según su antecedente vacunal.
Excepto con la vacuna de Neumococo que debe tener intervalo de 8 semanas.

- Niños y niñas entre 12 a 23 meses sin antecedente de vacunación:
  - 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
  - 3 dosis de VIP con intervalo de 4 semanas
  - Una dosis de pentavalente (DPT-1, HB-1, Hib-1) Continuar con Dos dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial
  - Dos dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial
  - Una dosis de triple viral
  - Una dosis de Hepatitis A (Nacidos a partir del primero de enero de 2012)
  - Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - 2 dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses (Nacidos a partir del primero de Noviembre de 2010)
  - 1 dosis de VIP: para el refuerzo del año y medio, intervalo de seis meses (A partir del primero de junio 2022).
  - 1 dosis de VOP: para el refuerzo de los 5 años, intervalo de un año entre cada uno.
  - 1 dosis de DPT: para los 2 refuerzos respectivos, intervalo de un año entre cada uno.

- Niños/as entre 2 y 5 años, sin antecedente de vacunas
  - 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
  - 3 dosis de VIP con intervalo de 4 semanas, refuerzo del año y medio con VIP y luego el refuerzo de 5 años con VOP - (A partir del primero de junio 2022).
  - Tres dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas, luego los 2 refuerzos respectivos.
  - Tres dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas
  - Una dosis de SRP (Sarampión, rubéola y paperas) y el refuerzo a los 5 años de edad.
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - Una dosis de Hepatitis A (Nacidos a partir del primero de enero de 2012)
  - Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - Una dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses (Nacidos a partir del primero de Noviembre de 2010)

- Población Infantil de 6 años en adelante sin antecedente de vacunas

Con esquema de vacunación incompleto: continuar y completar el esquema primario de vacunación según sea el caso.

Sin antecedente vacunal administrar:
- Tres dosis de vacuna contra la poliomielitis con intervalo de 4 semanas, primer refuerzo con dosis de VIP y segundo refuerzo con VOP o VIP según indicación.
- Tres dosis de vacuna contra DPTa* o Td** o TD*** con intervalo de 4 semanas.

*DPTa. Aplicar únicamente a población de 6 años a 6 años, 11 meses y 29 días de edad

** Td. Aplicar a partir de los 7 años

*** TD. Para casos de reacción adversa de encefalitis, con dosis previas de DPT o DPTa (células enteras o acelulares)

- Dos dosis de vacuna triple viral (SRP) con intervalo de 4 semanas, hasta los 10 años de edad
- Una dosis de hepatitis A hasta los 7 años
- Una dosis de vacuna contra la fiebre amarilla
- Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)

- Niños y niñas de un año (12 a 23 meses) según antecedente vacunal de pentavalente

Nº de dosis	Antecedente de vacuna pentavalente	Un año (12 a 23 meses)
	3	0
	2	0
	1	0
	0	1

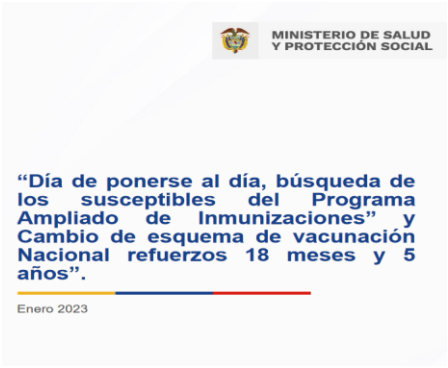
- Niños(as) de uno a cinco años sin antecedente de vacuna de neumococo conjugada:

Edad hoy	N° dosis garantizar
Un año (12 a 23 meses)	2
Dos a cinco años	1

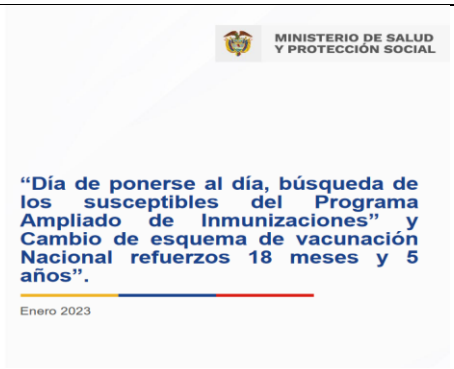
- Niños(as) uno a cinco años…. con antecedente vacuna de vacuna de neumococo conjugada:

Edad hoy	N° dosis previas	N° dosis garantizar
Un año (12 a 23 meses)	1	2
Un año (12 a 23 meses)	2	1
2 a 5 años	1	0

TRIPLE VIRAL: Desde el 1ro de enero de 2023 se aplica la dosis de refuerzo de Triple viral a los 18 meses y se trabaja en la búsqueda de susceptibles de 2 a 5 años. (ojo los revacunados)



PENTAVALENTE: El esquema de vacunación de pentavalente se compone de 3 dosis más 1 de refuerzo en menores de 24 meses, garantizando mínimo una dosis de este biológico a los niños y niñas sin antecedente de vacunación con este biológico.



A partir de 30 de septiembre de 2023 se actualizará el esquema de vacunación con dosis única para niñas de 9 a 17 años y la inclusión de los niños de 9 años inicialmente.

Periodo	Esquema	Observaciones
Antes del 30 de septiembre 2023	2 dosis	Se podrá administrar la segunda dosis a quienes ya se aplicaron la primera dosis hace 6 meses o más.
A partir del 30 de septiembre 2023	1 dosis	La población que inicie el esquema recibirá dosis única. No se aplicarán segundas dosis a quienes ya se aplicaron la primera dosis hace 6 meses o más.
	2 dosis Intervalo 0 - 2	En personas inmunosuprimidas se aplicarán dos dosis con intervalo de dos meses.

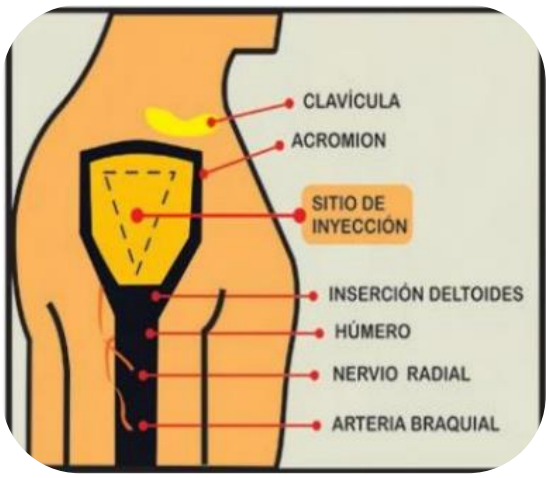
PRESENTACIÓN: Vial monodosis 0,5 ml
INDICACIÓN: La vacuna tetravalente fue aprobada para uso de hombre de 9 años 11 meses 29 días y mujeres 9 a 17 años, para la prevención de

- Lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical.
- Verrugas genitales relacionados con tipos específicos de VPH.

VIA DE ADMINISTRACIÓN: intramuscular con aguja calibre 23 G x1"

Técnica de aplicación: Limpie el tercio medio del músculo deltoides, con algodón humedecido con **agua**, agua destilada o solución salina; fije la masa muscular, aplique la vacuna por vía intramuscular en ángulo de 90º; retire la aguja y presione con el algodón sin realizar masaje. Ilustración 2. No es necesaria la aspiración antes de la aplicación de la vacuna, pues no hay grandes vasos sanguíneos en el sitio de inyección.

Nota: Se recomienda que durante la aplicación de la vacuna la niña o el niño esté sentado y continúe así, por lo menos 15 minutos.





A partir de 15 de julio de 2024 se actualizará el esquema de vacunación con dosis única para niñas de 9 a 17 años y la inclusión de los niños de 9 a 14 años 11 meses 29 días.

Fecha de inicio	Esquema	Observaciones
15 de Julio de 2024	Única dosis	• Niños de 9 a 14 años, 11 meses y 29 días. • Niñas de 9 a 17 años, 11 meses y 29 días. • A partir del 30 de septiembre de 2023 el esquema de vacunación es dosis única. **No se deben aplicar segundas dosis en esta población.**
	2 dosis Intervalo 0 – 6 meses Solo para pacientes inmunosuprimidos	Personas inmunosuprimidas tendrán el esquema de 2 dosis • Niñas inmunosuprimidas que hayan recibido primera dosis entre 9 a 17 años, 11 meses y 29 días • Niños inmunosuprimidos que hayan recibido primera dosis entre 9 a 14 años, 11 meses y 29 días.

VIP: A partir del 30 de septiembre de 2023 se dispondrá de VIP para la administración del segundo refuerzo para disminuir el riesgo de eventos adversos.

FIEBRE AMARILLA: El riesgo de fiebre amarilla está latente se debe garantizar una dosis única con este biológico a toda la población de 1 a 14 años.

DETENCIÓN TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA: En por de fortalecer la prestación de servicios integrales desde un modelo de salud preventivo y predictivo, se hace indispensable garantizar la demanda inducida a la prueba de tamización para cáncer de cuello uterino en todas las mujeres de 29 a 65 años y cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años.

GENERALIDADES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Biológicos o vacunas vivas atenuadas o replicativas:

- Contienen gérmenes vivos (virus, bacterias, micobacterias).
- Capacidad de reproducción en el huésped.
- Inducen inmunidad de larga duración, parecida a la originada x infección natural.
- Exigen mejor red de frío, por ser + termolábiles.
- Requieren de una dosis generalmente, excepto en vía oral.
- Inmunidad puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier fuente (trasfusiones, transplacentarios), y en estos casos, no hay respuesta a la vacuna

Vacunas muertas o inactivadas o no replicativas:

- Se obtiene inactivando los microorganismos por procedimientos físicos o químicos, totalidad o por fracciones.
- Las fraccionadas basadas en proteínas (toxoides, subunidades o subviriones) o polisacáridos del microorganismo.
- Las de polisacáridos conjugados contienen estos polisacáridos que están unidos químicamente a una proteína, lo que la hace una vacuna más potente.
- Por ser muertas no se replican, ni causan la enfermedad aún en personas inmunocomprometidas.
- Inductoras de inmunidad humoral circulante.

Vacunas muertas o inactivadas o no replicativas

- Respuesta inmune es de menor intensidad y duración, exigen varias dosis.
- Requieren varias dosis para la primovacunación, y dosis de refuerzo para mantener una concentración adecuada de anticuerpos.
- Uso en personas con inmunocompromiso y sus contactos.
- La mayoría necesitan de coadyuvantes.
- Todas son de aplicación inyectable IM

Clasificación de vacunas

Tabla 4. Clasificación microbiológica de las vacunas

Clasificación		Tipo de vacuna
A. Vivas atenuadas		
Virales		Sabin (polio oral/VOP) - Triple viral - SRP, Doble viral- SR, Varicela, Fiebre Amarilla, Rotavirus
Bacterianas		BCG
B. Vacunas inactivadas o muertas		
Enteras	Virales	Salk (Polio inyectable- IPV)- Rabia- Influenza - Hepatitis A
	Bacterianas	Pertussis - Tifoidea - Colera
Fraccionadas	Subunidades	Influenza - Pertussis Acelular
	Recombinantes	Hepatitis B - VPH
	Toxoides	Difteria - Tétanos
Polisacáridas	Polisacáridos puros	Neumocócica 23v. - Meningococica A + C / ACYW135
	Polisacáridos conjugados	H Influenza tipo b - Neumocócica 7 - 10 y 13 v - Meningococica A + C / ACYW135

Intervalos de tiempo entre vacunas no aplicadas de manera simultánea:

- El intervalo ideal entre dosis para menores de un año es 8 semanas.
- El intervalo mínimo entre dosis es 4 semanas. Excepción: antirrábica
- No hay intervalos máximos y los esquemas no se reinician. (Siempre continuar con la dosis siguiente)

Tipos de antígenos	Intervalo mínimo entre dosis
Dos o más vacunas inactivadas o muertas	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis
Vacuna viva y muerta	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis*
Dos o más vacunas vivas	Se pueden administrar simultáneamente o separadas al menos 4 semanas**

* La única excepción es la combinación entre vacuna contra el cólera (inactivada) y vacuna contra la fiebre amarilla (atenuada), que se han de separar 4 semanas como mínimo.
** La VOP, rotavirus y fiebre tifoidea Ty21a se pueden administrar antes, simultáneamente o después de las vacunas SRP, varicela y fiebre tifoidea.

Intervalos de tiempo entre vacunas no aplicadas de manera simultánea:

- Las vacunas vivas orales no interfieren con otras vacunas vivas parenterales en caso de no ser dadas

simultáneamente.

- Las vacunas vivas inyectables no interfieren con las vacunas vivas orales.
- Las vacunas inactivadas generalmente NO se afectan por anticuerpos circulantes: Ig HB y vacuna HB
- Las vacunas vivas pueden afectarse por anticuerpos circulantes: si se aplica primero Ig, esperar 12 semanas (3 meses) para administrar vacunas vivas.

Contraindicaciones absolutas

- Reacción anafiláctica a dosis previa de la vacuna.
- Reacción anafiláctica a un componente de la vacuna.
- Se aplaza vacunación:
- Compromiso severo del estado general por enfermedad con o sin fiebre.
- Presencia de temperatura mayor a 38°C

Algunas falsas contraindicaciones

- Resfriado o diarrea en niñ@ san@
- Lactancia materna
- Tratamiento con antibióticos o en fase de convalecencia de una enfermedad
- Síndrome de Down
- Desnutrición
- No tener carné de vacunación en el momento de solicitar el servicio
- Historia de alergia NO ANAFILÁCTICA al huevo/ antibióticos, o alergias inespecíficas del niñ@ o de sus familiares
- No afiliación al SGSSS o a EAPB en la cual se solicita la vacunación

Política de frascos abiertos

VACUNAS LIQUIDAS MULTIDOSIS: USO INTRAMURAL	
ANTES: 21 DÍAS	ACTUAL: 28 DÍAS

VACUNAS LIQUIDAS MULTIDOSIS: USO EXTRAMURAL	
ANTES: 6 HORAS	ACTUAL: 7 DÍAS

VACUNAS LIOFILIZADAS MULTIDOSIS: USO INTRAMURAL O EXTRAMURAL	
6 HORAS	8 HORAS (SEGÚN CASA PRODUCTORA)

Vías de administración









Diligenciamiento de formatos

FORMATO SIS ADULTO

Se diligencia el día en curso

Se diligencia el mes en curso

Se diligencia el año en curso

1. DIA: _____ MES: _____ ANO: _____

2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR: _____

3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR: _____

Se diligencia nombre del técnico vacunador

4. TÁCTICA: CASA - CASA, CONCENTRACIÓN, SEGUIMIENTO, BLOQUEO, GESTIÓN DEL RIESGO

Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

5. LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

6. NOMBRE DEL BARRIO: Paraíso

7. NOMBRE DE CONCENTRACIÓN: Carpa Illimani

	IDENTIFICACION DEL VACUNADO														
1. CONSECUTIVO	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACION	LUGAR DE NACIMIENTO	REGIMEN	ASEGURADORA	APELLIDOS		NOMBRES		GENERO	SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA	EDAD
						PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE					
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	1			1										
	TEL XIO CELL			DIRECCION:				BARRIO:		LOCALIDAD:				

Se debe diligenciar con el numero de cada tipo de documento

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

1 = Cédula Ciudadanía
2 = Cédula Extranjería
3 = Pasaporte
4 = Sin Indentificación
5 = Permiso Especial de Permanencia
6 = Tarjeta de Extranjería
7 = Documento de Extranjería
8 = Permiso de Permanencia Temporal.
9 = Documento de extranjería

Se debe diligenciar con el numero de cada régimen

(5) REGIMEN

1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3= Vinculado o particular
4 = Especial
5 =Excepcion

(11) GENERO

M= Masculino
F= Femenino
T= Transgenerista
O= Otro
NS-NI-NA= No sabe, No Informa, No aplica

(12) SEXO
H= Hombre
M= Mujer
I= Intersexual

(13) ORIENTACION SEXUAL

Ho= Homosexual
He= Heterosexual
Bi= Bisexual
O= Otro
NS-NI-NA= No sabe, No Informa, No aplica

CL: Calle
DG: Diagonal
KR: Carrera
TV: Transversal

CL y DG:
Cl 72 **SUR** 17 b 42
TV y KR
Cl 72 17 b 42 **SUR**

GRUPO POBLACIONAL	RH Y GRUPO SANGUINEO	CONDICION USUARIA	EDAD GESTACIONAL
17	18	19	20	

Aplica para las mujeres en estado de gestación (embarazadas).
No a edad corregida por nacimiento.

GRUPO POBLACIONAL

1 . Habitante de Calle
2. Madres comunitarias
3. Artistas, autores/as, compositores/as
4. Discapacitados(no certificado)
5. Desmovilizados/as
6. Desplazados/as (certificados/as)
7. Población en centros psiquiatricos
8. Población en centros carcelarios
9. Cabeza de familia
10. Mujeres Embarazadas
11. Mujeres lactantes
12. Victimas de violencia armada
13. Trabajadores/as sexuales
14. Personas conusmidoras de sustancias
15. Desplazados/as (nocertificados/as)
16. Desviculados/as de grupo armado
17. Personas con talento excepcional
18. Personas de talla baja
19. Discapacitados/as (certificado)

CONDICIÓN DE USUARIO
1= Embarazada
2 = No Embarazada

Debe ir diligenciado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, sin importar el biológico administrado

FIEBRE AMARILLA	TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO (T&A ADULTOS	NEUMO 23 POLISACARIDO	DPT ACELULAR	INFLUENZA					HEPATITIS B							SARAMPION- RUBEOLA	MENINGOCOCO	COVID-19			OTRO
				DE 6 Y MAS	GESTANTES	TH EN SALUD SERVICIOS PROGRAMAS	FAMILIAS Y CONVIVIENTES MENORES DE	PATOLOGIAS DE RIESGO	MT	TS	PID	HC	HSH	PI	VIH_PM			PFIZER	MODERNA	SINOVAC	
21	22	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
U	5	U	3		U	U	U	U	1	3	2	2	1	3	1				O		

Se registra dosis Única

Se registra dosis Única

Se cuenta con un esquema de 5 dosis se debe diligenciar el numero de dosis administrada

Se cuenta con un esquema se debe diligenciar el numero de dosis administrada según cada embarazo

Se registra dosis Única según la población vacunada

FAMILIAS Y CONVIVIENTES DE MENORES DE 18 AÑOS CON CANCÉR

Se cuenta con un esquema de 3 dosis registra el numero de dosis administrada según la población vacunada

(28 -34) HEPATITIS B

MT = Mujer Transgénero
TS = Tarabajador(a) Sexual
PID = Persona que se inyecta drogas
HC = Habitante de Calle
HSH = Hombres que tiene sexo con hombres
PI = Población Indígena
VIH_PM = Población Migrante

No. DOSIS

0 = Adicional
1 = Primeras Dosis
2 = Segundas Dosis
3 = Terceras Dosis
4 = Cuarta Dosis
5 = Quinta Dosis
6 = Primer Refuerzo
U = Única

Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL _____ NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR: _____

NOMBRES PERSONAL DE APOYO NOMBRE DEL APOYO PIC

Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario	PRODUCTOS BIOLÓGICOS	
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique.	DILUYENTES	/
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico	DISPOSITIVOS MÉDICOS	

X026696
18/03/26
D/M/A

OBSERVACIONES:

Puede ir:
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Tipo de documento
- Dirección

No puede ir:
- Tachones
- Uso de aguja
- Error en dosis
- Lote
- # Documento

DEBE PASAR EL FORMATO SIS

Se diligencia el día en curso

Se diligencia el mes en curso

Se diligencia el año en curso

DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____ TÁCTICA:

CASA-CASA	
CONCENTRACIÓN	
SEGUIMIENTO	
JARDINES	
BLOQUEO	
GESTIÓN DEL RIESGO	
DOMICILIARIA	

NOMBRE COMPLETO DE QUIPO VACUNADOR: _____

Se diligencia nombre del técnico vacunador y apoyo PIC con letra legible

Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

FORMATO SIS NIÑOS MENORES DE 17 AÑOS

Se diligencia el día en curso

Se diligencia el mes en curso

Se diligencia el año en curso

1. DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR: _____

3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR: _____

Se diligencia nombre del técnico vacunador

4. TÁCTICA: CASA - CASA, CONCENTRACIÓN, SEGUIMIENTO, BLOQUEO, GESTIÓN DEL RIESGO

Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

5. LOCALIDAD: Ciudad Bolívar 6. NOMBRE BARRIO: Paraíso 7. NOMBRE DE CONCENTRACIÓN Y/O JARDIN: Arañas saltarinas

9. DATOS DEL VACUNADO

8. CONSECUTIVO	10. REGIMEN	11. PRIMER APELLIDO	12. SEGUNDO APELLIDO	13. NOMBRES	14. FECHA DE NACIMIENTO DDMMAAAA	15. DOCUMENTO DEL MENOR (CN / RC o TI)	16. LUGAR DE NACIMIENTO	18. DATOS					
1	1							GEST.	A	3			

Aplica para las mujeres en estado de gestación

Se debe diligenciar con el numero de cada régimen

Se debe diligenciar con el numero de registro civil y numero de nacido vivo

Se diligencia:
TIPO EDAD
D = Días
M = Meses
Años = Años

Se debe diligenciar con el # de hijo de la madre a vacunar

(5) REGIMEN

1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3= Vinculado o particular
4 = Especial
5 =Excepcion

NS = No sabe en caso de no tener información.

	GENERO		EDAD	TIPO EDAD
	ETNIA		No DE HIJO	
	RH Y GRUPO SANGUINEO		GRUPO POBLACIONAL	

19. IDENTIFICACION DE LA MADRE

20. PRIMER NOMBRE Y PRIMER APELLIDO	21. TIPO DE IDEN	22. NUMERO DE IDENTIFICACION	23. DIRECCIÓN	24. LOCALIDAD	25. BARRIO	26. TELEFONO DE CELULAR	27. CORREO ELECTRONICO	28. INSTITUCION DE NACIMIENTO
		1						

Se debe diligenciar dos números telefónicos para actualización del dato.

Se debe diligenciar el hospital donde el menor nació

Se debe diligenciar con el número de cada tipo

18. DATOS GRUPO POBLACIONAL

1. Habitante de Calle
2. Población infantil a cargo del ICBF
3. Desmovilizados/as
4. Desplazados/as (certificados/as)
5. Población en centros psiquiatricos
6. Victimas de violencia armada
7. Desplazados/as (No certificados/as)
8. Hijos/as de desmovilizado/a
9. Población infantil en protección de la SDIS
10. Hijos/as de cabezas de familia
11. Hijos/as de secuestrados/as
12. Hijos/as de recluso en centro carcelario
13. Hijos/as de veterano de la fuerza pública
14. Personas con talento excepcional
15. Hijos/as de héroe de la Nación
16. Personas de talla baja
17. Personas en condición de discapacidad (certificado)
18. Cabezas de familia
19. Mujeres embarazadas
20. Mujeres lactantes

21. TIPO IDENTIF

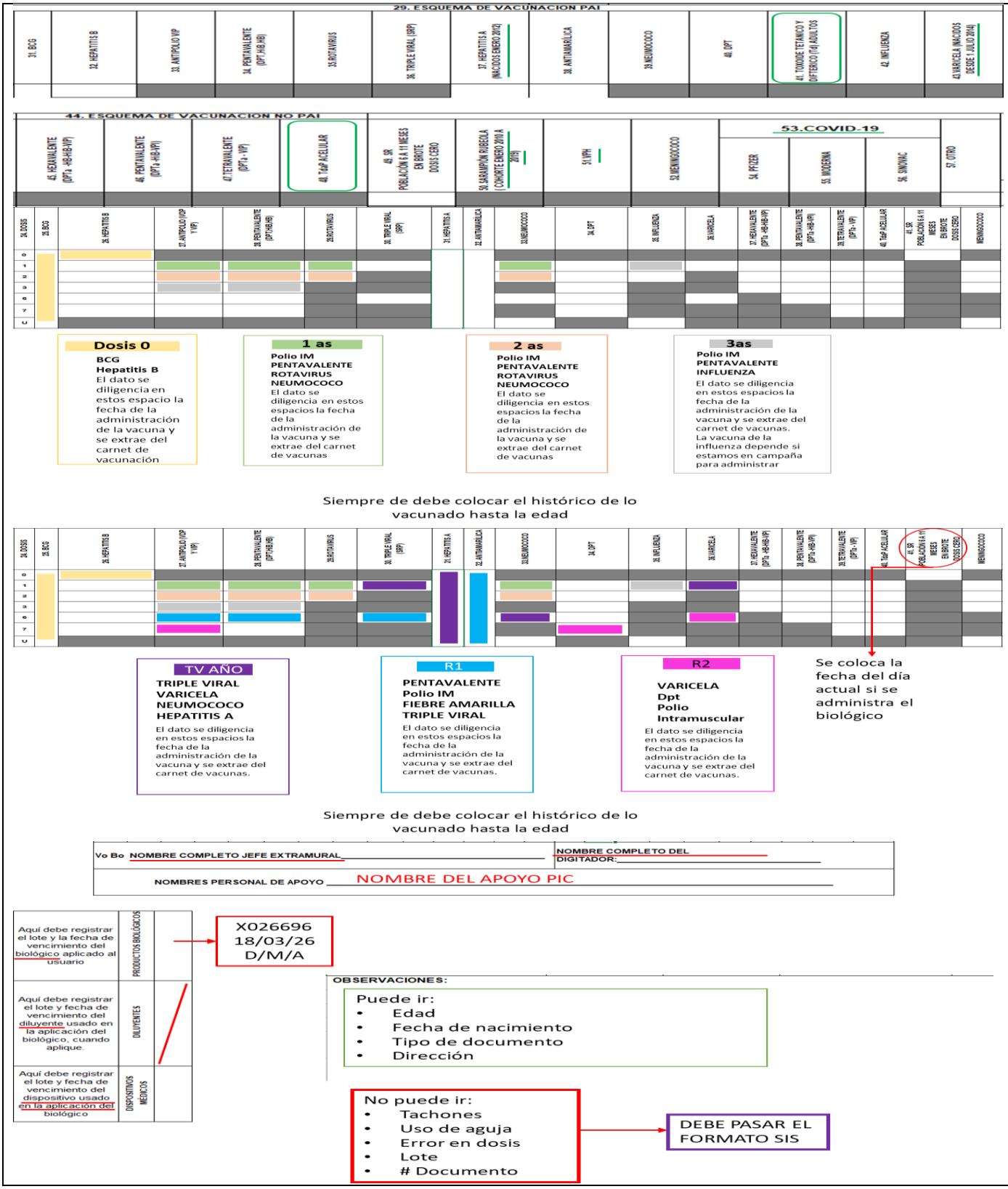
1 = Pasaporte
2 = Certificado de nacido vivo
3 = Registro Civil (NUIP)
4 = Tarjeta de Identidad
5 = Sin Identificación
6 = Permiso Especial de Permanencia
7 = Tarjeta de Extranjería
8 = Permiso Temporal
9 = Documento de Extranjería

E V/QUEMA DE VACUNACION N

30. DOSIS	47. TETRAVALENTE (DPTa - VIP)	48. TdaP ACELULAR	49. SR POBLACIÓN 6 A 11 MESES EN BROTE DOSIS CERO	50. SARAMPIÓN RUBEOLA (COHORTE ENERO 2019 A 2019)	51. VPH
0					
1	→				
2					
3	→				
4 / 5 / 6 / 7					
U	→				26 7 24

31 - 57 ESQUEMA DE VACUNACIÓN No. De DOSIS

0 = Adicional
1= Primera dosis
2 = Segunda dosis
3 = Tercera dosis
4 = Cuarta dosis / aplica para td
5 = Quinta dosis/ aplica para td
6 = Primer Refuerzo
7 = Segundo Refuerzo
U = Unica dosis


29. ESQUEMA DE VACUNACION PAI
31. BCG
32. HEPATITIS B
33. ANTIPOLIO VIP
34. PENTAVALENTE (DPT-HIB-HB)
35.ROTAVIRUS
36. TRIPLE VIRAL (SRP)
37. HEPATITIS A (NACIDOS ENERO 2012)
38. ANTIAMARILICA
39.MENINGOCOCO
40. DPT
41. TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO (Td) ADULTOS
42. INFLUENZA
43.VARICELA (NACIDOS DESDE 1 JULIO 2014)
44. ESQUEMA DE VACUNACION NO PAI
45. HEXAVALENTE (DPTa -HB-HIB-VIP)
46. PENTAVALENTE (DPTa -HB-VIP)
47.TETRAVALENTE (DPTa - VIP)
48. TdaP ACELULAR
49. SR POBLACIÓN 6 A 11 MESES EN BROTE DOSIS CERO
50. SARAMPIÓN RUBEOLA (COHORTE ENERO 2018 A 2019)
51.VPH
52.MENINGOCOCO
53.COVID-19
54. PFIZER
55. MODERNA
56. SINOVAC
57. OTRO
Dosis 0
BCG
Hepatitis B
El dato se diligencia en estos espacio la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunación
1 as
Polio IM
PENTAVALENTE
ROTAVIRUS
NEUMOCOCO
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas
2 as
Polio IM
PENTAVALENTE
ROTAVIRUS
NEUMOCOCO
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas
3as
Polio IM
PENTAVALENTE
INFLUENZA
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
La vacuna de la influenza depende si estamos en campaña para administrar
Siempre de debe colocar el histórico de lo vacunado hasta la edad
TV AÑO
TRIPLE VIRAL
VARICELA
NEUMOCOCO
HEPATITIS A
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
R1
PENTAVALENTE
Polio IM
FIEBRE AMARILLA
TRIPLE VIRAL
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
R2
VARICELA
Dpt
Polio
Intramuscular
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.
Se coloca la fecha del día actual si se administra el biológico
Siempre de debe colocar el histórico de lo vacunado hasta la edad
Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL
NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR:
NOMBRES PERSONAL DE APOYO NOMBRE DEL APOYO PIC
Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario
PRODUCTOS BIOLÓGICOS
X026696
18/03/26
D/M/A
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique.
DILUYENTES
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico
DISPOSITIVOS MÉDICOS
OBSERVACIONES:
Puede ir:
Edad
Fecha de nacimiento
Tipo de documento
Dirección
No puede ir:
Tachones
Uso de aguja
Error en dosis
Lote
Documento
DEBE PASAR EL FORMATO SIS

Brindar a las usuarias o acudiente para leer detenidamente y resolver sus inquietudes

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD –IPS-: Subred Integrada de servicios de salud Sur

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Bogotá

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO – VPH-

Yo Nombre de la usuaria IDENTIFICACION De la usuaria FECHA: Actual del día de administración

Hora de administración ← HORA EDAD NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA Y/O CUIDADOR Nombre del acudiente

IDENTIFICACION → Acudiente

DECLARAN: el personal del área de la salud Nombre Técnico vacunador nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.

Edad usuaria

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:

DECLARO que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, acepto la aplicación de la vacuna contra el VPH, en tales condiciones

Diligenciar con una X el acepto de la usuaria o acudiente

ACEPTO X **NO ACEPTO** _____ que se me aplique la vacuna.

Nombre del Cuidador Nombre acudiente Firma: Firma acudiente C.C. # documento acudiente

Nombre del Vacunador Nombre vacunador Firma Vacunador C.C. # documento vacunador

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

CONSENTIMIENTO COVID 19

CIUDAD _____ **FECHA: DÍA** _____ **MES** _____ **AÑO** _____ **HORA:** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES _____ **APELLIDOS** _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ___ **TI** ___ **CC** ___ **CE** ___ **OTRO** ___ **NÚMERO** _____

FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ **MES** _____ **AÑO** _____ **EDAD** _____ **años**

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EAPB del usuario

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (Por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)	
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Laboratorio a administrar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ( ) o dosis única _____

X = Adicional

Diligenciar con una X

En consecuencia, decido **ACEPTAR** ( ) que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR**: ( ) que se me aplique la vacuna.

Firma: Del usuario

Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

Razón por la que no firma: _____

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

Identificación y firma del vacunador

Nombres Vacunador Apellidos Vacunador

Tipo de Identificación: RC ___ TI ___ CC ___ CE ___ otro ___ número # cedula vacunador de _____

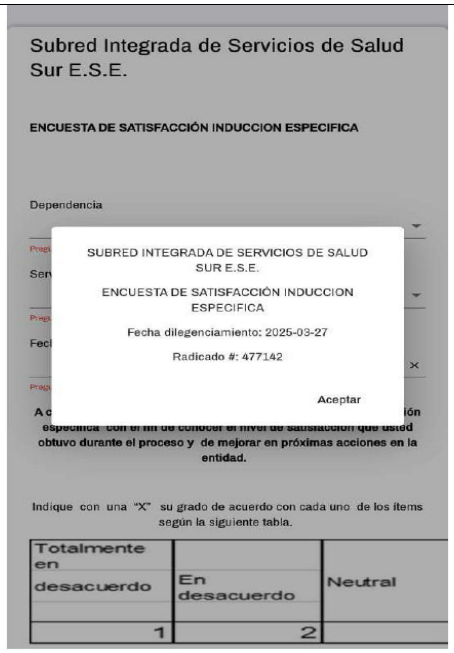
Firma Vacunador

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Subred Integrada de servicios de salud Sur

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Bogotá **MUNICIPIO:** Bogotá

Se enfatiza en la importancia de el seguimiento de conducto regular, ante cualquier situación y/o novedad laboral o posibles ausencias que se puedan tener de tipo personal, adicional, se recalca la presentación personal (cabello recogido, uñas sin maquillaje, etc.), adicionalmente, la importancia del fortalecimiento teórico propio para que se pueda brindar una atención adecuada a cada uno de los usuarios asignados de acuerdo a la actividad contractual.



Se finaliza la reunión sin novedades y estableciendo compromisos en ítem 8.

7. DECISIONES TOMADAS

N/A

8. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite aaaa-mm--dd)	QUIEN (Responsable)
Continuar con aprendizaje individual de vacunación	Leyendo y preguntando cada duda que surja	Continuo	Marien Peñaloza
Fortalecimiento teórico propio de lineamientos, normatividad vigente, protocolos y procedimientos de la subred, Manual Técnico Administrativo del PAI, insertos de biológicos, etc.	Apropiación de conocimientos necesarios del PAI	Diario / De acuerdo con la necesidad	Marien Peñaloza

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN _Se anexa listado
SECRETARIO REUNIÓN **__N/A_____**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V5

FECHA:	18 Marzo 25	HORA DE INICIO:	10:00 am	HORA DE TERMINACIÓN:	5:00 pm	LUGAR:	UCS Vista Hermosa
EVENTO:	REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☒ _____	TEMA:	Induccion PAI			RESPONSABLE:	Gina Barraza

N°	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Gina Marcela Barraza	1051669944	PAI	Vista Hermosa	Enfermera	Extramural.cbolivar@gmail.com	
2	Marlen Peñaloza Sánchez	60265921	PAI	Vista Hermosa	Enfermeria	extramural.penalozamarlen@eg.	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
15							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

2022-02-22

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	CA-FT-02 V6

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Maren Yadelsy Peñaloza Sanchez
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermeria
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	60265921
FECHA DE INGRESO:	18 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	18 Marzo 2025
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC - PAI
SERVICIO:	PAI
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO ____ Cuál ? ____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Juan Sebastian Paez Santamaria
PERFIL O CARGO:	Enfermero

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas especificos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN (Nombre y cargo de quien brinda la información)
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupscionales SST	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	✓				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Conoce las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que no todos los Colaboradores	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionado al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el incumentario para la prestación del servicio	✓			Se entrega mismos de acuerdo a actividad extramural	
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informó frente a procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afectan la prestación del servicio.	✓			Siendo colaboradores OPS algunos soportes no aplican	
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.			✓		
Se validan cursos de MAO como lo son seguridad al paciente, atención integral a las víctimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro específico del servicio o dependencia.	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligencio encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: _____ Firma del colaborador: _____

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI ____ NO ____ Cuáles? _____

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO**	**CA-FT-02 V6**

EVENTO: **CAPACITACIÒN** [X] **REUNIÒN** **OTRO** [ ] **MESA DE** [ ] [ ] **TRABAJO**			
FECHA: 2025-03-20	**HORA INICIO:** 10:00 am	**HORA FINAL:** 05:00 pm	**REUNIÓN N°:**
LUGAR: USS VISTA HERMOSA			
TEMA: INDUCCION ESPECIFICA PSPIC- PROCESO TRANSVERSAL PAI			
RESPONSABLE: Gina Barraza		**SECRETARIO:** N/A	

1. OBJETIVO:

Realizar inducción al talento humano que ingresa al Programa Ampliado de Inmunizaciones.

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de CA-FT-01 “Lista de asistencia institucional”

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Se anexa listado de asistencia				
2					
3					
4					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

1. Descripción de perfil y obligaciones.
2. Equipo directivo
3. Plataforma Estratégica
4. Ubicación de unidades
5. Estructura organizacional
6. Plataformas institucionales
   Socialización SIASUR
   Socialización ruta de la ALMERA
   Socialización de sistema dinámica (MAO)
7. Socialización de PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
8. Localidades y unidades de salida
9. Lineamiento operativo vigencia diciembre 2024 – julio 2025
10. Esquema de vacunación
    4.1Esquema menor de 5 años
    4.2 Esquema atrasado
11. Inducción generalidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones
12. Diligenciamiento de formatos

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

No aplica

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

No aplica

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

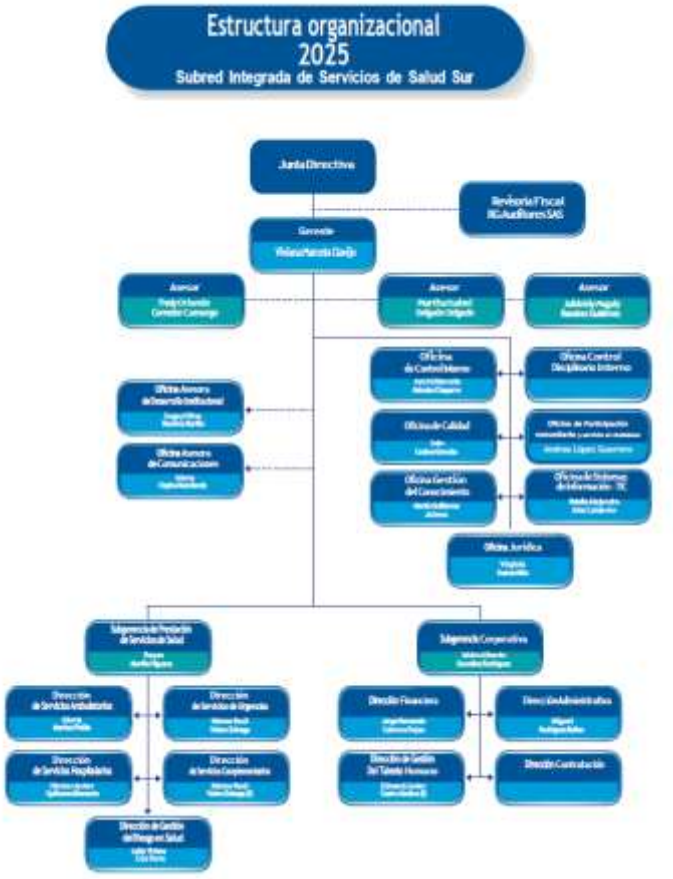
Se da la bienvenida a nuevos colaboradores que ingresan al Proceso Transversal PAI, en donde se presenta al equipo y se procese a dar las especificaciones administrativas como son:

NÚMERO DE CONTRATO: 5221-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: YESICA JULIETH PINZON CORTES
IDENTIFICACIÓN: 1031175173

NÚMERO DE CONTRATO: 5222-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: KAREN PAOLA CAMELO TOVAR
IDENTIFICACIÓN: 1023024411

NÚMERO DE CONTRATO: 5221-2025
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
CONTRATISTA: NEYLY JOHANA CARDENAS FLOREZ
IDENTIFICACIÓN: 1023960763

EQUIPO DIRECTIVO SUBREDSUR



PLATAFORMA ESTRATEGICA
Emanada por el acuerdo 85 de 2024.



MISION: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., brinda a través de un Modelo basado en la Atención Primaria Social, integral e integrado, servicios de salud enfocados a una gestión de riesgo, con excelencia, humanizada y comprometida con MAS SALUD Y MAS BIENESTAR; contando con un talento humano altamente calificado, transparente, comprometido, convocación de docencia y servicio soportado en una gestión del conocimiento, innovadora e investigativa que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población urbana y rural bajo un enfoque diferencial.

VISION: Consolidarnos en el año 2028, como una Empresa Social del Estado referente a nivel nacional en la Prestación de Servicios de Salud con MAS Bienestar, con estándares superiores de calidad, líderes en docencia, con avances significativos en investigación, sostenibilidad financiera y ambiental; manteniendo un enfoque incluyente, diferencial y multicultural que promueva la intersectorialidad aportando al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, familias y comunidad urbana y rural.

VALORES:
Los valores son aptitudes o cualidades individuales que definen la conducta de un individuo en la sociedad. Dichos valores derivan de los principios éticos universales, de allí que su objetivo sea guiar a los individuos a obrar correctamente, de forma individual y colectiva.

- Honestidad
- Respeto
- Compromiso
- Diligencia
- Justicia
- Inclusión

PRINCIPIOS:
Los Principios son reglas o normas que orientan la acción de un ser humano cambiando las facultades espirituales racionales. Se trata de normas de carácter general y universal, como, por ejemplo: amar al prójimo, no mentir, respetar la vida de las demás personas, etc. Los principios morales también se llaman máximas o precepto constitucional.
Tomando como referencia lo establecido en el artículo 3 del Acuerdo Distrital 927 de 2024, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá 2024-2027: "Bogotá Camina Segura".

- Vocación de Servicio y Liderazgo Publico
- Ética
- Transparencia
- Empatía
- Corresponsabilidad.
- Interdependencia e Integración

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

En la definición de los Objetivos Estratégicos, se contempla a continuación los adelantos de los propósitos entregados por los líderes de los procesos y sus equipos de Trabajo, las líneas técnicas de la propuesta del Plan Territorial en Salud y lo dispuesto en las líneas de la Secretaria Distrital de Salud, a continuación, se presentan los avances:

PIMERO: ENFOQUE MISIONAL – PLAN TERRITORIAL EN SALUD BOGOTA + BIENESTAR
Fortalece el Modelo de Salud de Bogotá, en el marco de la Atención Primaria Social bajo un enfoque de riesgo individual, poblacional y territorial, a través de la prestación de servicios de salud con respuestas transectoriales, con calidad, seguridad, más humanos e innovadores haciendo énfasis en educación y transferencia del conocimiento, soportado en un equipo altamente comprometido.

SEGUNDO: ENFOQUE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA
Alcanzar una sostenibilidad financiera mediante el aumento de venta de servicios, mejoramiento del recaudo y austeridad del gasto para llegar a un punto de equilibrio financiero en la Subred Sur.

TERCERO: ENFOQUE A LA GESTION Y DESEMPEÑO – SOGC – PROCESOS Y PROCEDIMIENTO – INNOVACION – TECNOLOGIA – SISTEMAS DE INFORMACION
Lograr un excelente desempeño institucional, mediante la implementación de acciones que dirigen a la organización al mantenimiento de los estándares superiores de calidad, en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales.

CUARTO: ENFOQUE TALENTO HUMANO, HUMANIZACION Y CULTURA DEL SERVICIO
Fortalecer las capacidades y potencializar el desarrollo del Talento Humano, orientado a la cultura del servicio y la confianza y la confianza ciudadana, fomentando la atención con calidad humanizada y sin discriminación.

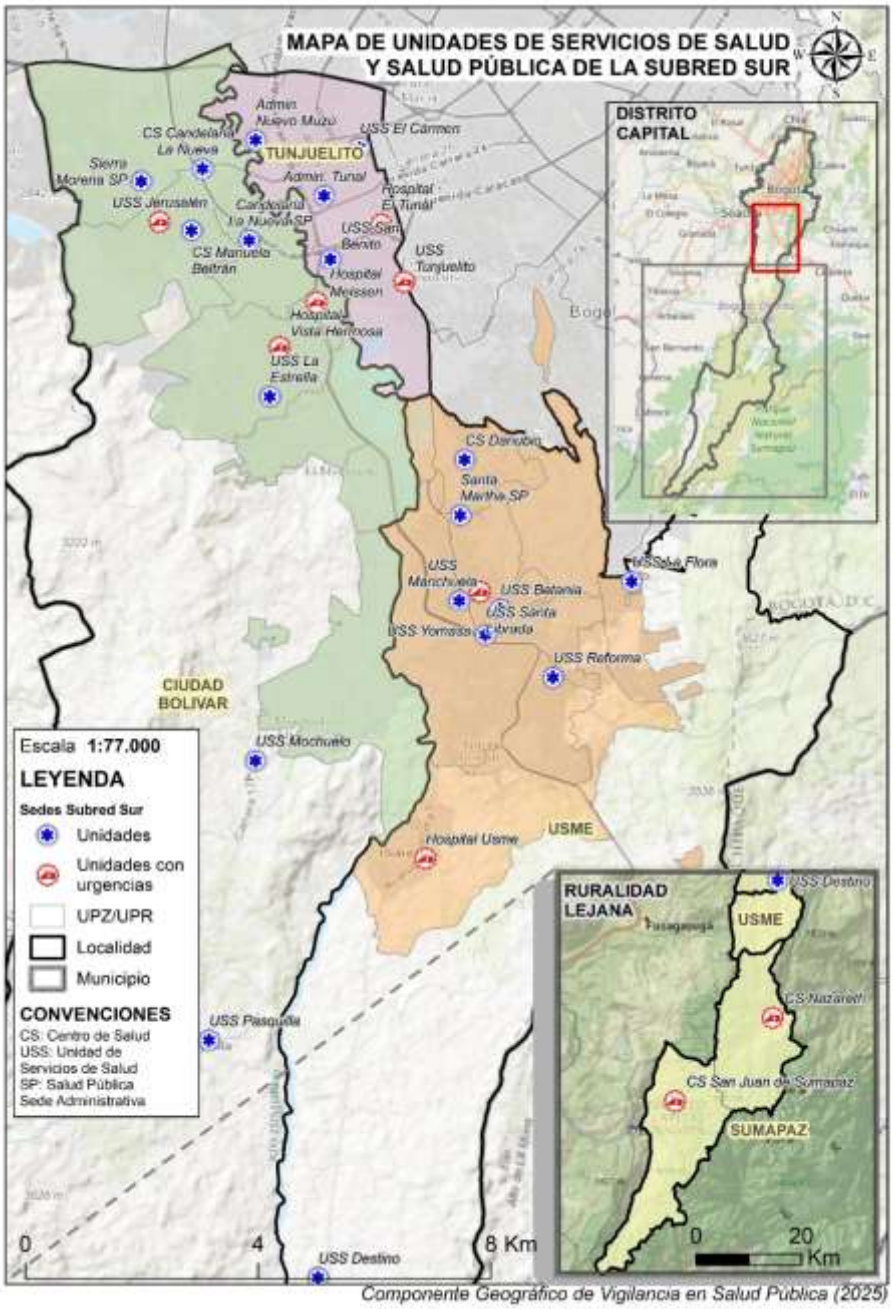
QUINTO: ENFOQUE AL CIUDADANO, RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y LA GOBERNANZA
Fortalecer la gobernanza institucional, en el marco del modelo de relacionamiento con la ciudadanía, garantizando los criterios diferenciales de accesibilidad, enfoque de derechos, participación y el control social, en aras de generar

una visión amplia de las expectativas y necesidades brindando respuesta oportuna a las mismas, logrando así mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

UBICACION EN UNIDADES DE SERVICIOS

DIREDIRECTORIO USS, UHMES Y CAPSCTORIO USS, UHMES Y CAPS				
LOCALIDAD	UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD	HORARIO CONSULTA EXT	DIRECCIÓN	TELÉFONO
TUNJUELITO	CENTRO DE SALUD SAN BENITO	L- V 7:00 a.m. - 6:00 p.m	Cll. 58 Sur No. 19B - 25	279 71 32
TUNJUELITO	SEDE ADMINISTRATIVA NUEVO MUZU	7:00 a.m. - 5:00 p.m	Diag. 53 No. 59A - 11 Sur	730 00 00 EXT. 75500
TUNJUELITO	CENTRO DE SALUD EL CARMEN	7:00 a.m. - 7:00 p.m.	Cll. 48B Sur No. 28 - 80	730 00 00 EXT. 41024
TUNJUELITO	HOSPITAL MEDICINA INTERNA	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 14 No. 51 - 21 Sur	605 82 29
TUNJUELITO	SEDE ADMINISTRATIVA TUNAL	7:00 a.m. - 5:00 p.m	Cra. 24c No. 54 -47 Sur	742 85 85
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD CANDELARIA	6:00 a.m. - 7:00 p.m.	Cra 51 No. 59C - 40 Sur	715 12 22
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL VISTA HERMOSA	7:00 a.m. - 5:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 18C No. 66A - 55 Sur	765 26 56
CIUDAD BOLÍVAR	CANDELARIA - SALUD PUBLICA	7:00 a.m. - 4:00 p.m.	Cra. 51 No. 59C - 40 Sur	730 00 00 EXT. 72415
CIUDAD BOLÍVAR	URGENCIAS JERUSALEN	7:00 a.m. - 4:30 p.m. 24 HORAS	Cll. 77 No. 85B - 13 Sur	718 16 49
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL LA ESTRELLA	24 HORAS	Cra. 18F No. 72 - 45 Sur	761 80 63
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRAN	7:00 p.m. - 7:00 a.m.	Cra. 44D No. 69L - 16 Sur	730 00 00 EXT. 11591
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD MOCHUELO	L-Ml-V 7:00 a.m. - 4:30 p.m.	Cra. 4 No.3 -29 Vía Olarte Pasquilla	730 00 00 EXT. 15500
CIUDAD BOLÍVAR	CENTRO DE SALUD PASQUILLA	M-J 7:00 a.m. - 4:30 p.m.	Cra. 1 No. 3 -29 Vía Olarte Pasquilla	730 00 00 EXT. 16500
CIUDAD BOLÍVAR	SALUD PÚBLICA SIERRA MORENA	6:00 a.m. - 5:00 p.m.	Cll. 70 No. 56 - 56 Sur	730 00 00 EXT. 12500
CIUDAD BOLÍVAR	HOSPITAL MEISSEN	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 18B No. 60G - 36 Sur	769 31 31
USME	CENTRO DE SALUD BETANIA	6:00 a.m. - 6:00 p.m	Cll. 76B Sur No. 7 - 64	730 00 00 EXT. 31067
USME	CENTRO DE SALUD MARICHUELA	L-V 5:30 a.m - 8:00 p.m.	Cll. 76 No. 14 - 74 Sur	730 00 00 EXT. 31124
USME	CENTRO DE SALUD DANUBIO	L-V 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cll. 65 Sur No. 7D - 90	730 00 00 EXT. 31095
USME	CENTRO DE SALUD DESTINO	7:00 a.m - 4:30 p.m.	Vereda El Destino Km 7 8 - La Regadera 96	555 62 70
USME	CENTRO DE SALUD FLORA	L-J 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cra. 14B Este No. 74B - 44 Sur	730 00 00 EXT. 31092
USME	CENTRO DE SALUD REFORMA	L-V 7:00 a.m - 4:30 p.m.	Cra. 6B Este No. 89 - 44 Sur	730 00 00 EXT. 31072

USME	CENTRO DE SALUD SANTA LIBRADA	6:00 a.m. - 7:00 p.m. 24 HORAS	Cra. 9B No. 135A - 42 Sur	730 00 00 EXT. 31055
USME	SALUD PÚBLICA SANTA MARTA	6:30 a.m - 5:00 p.m.	Cll. 68B sur No. 9A - 29	730 00 00 EXT. 31072
USME	CENTRO DE SALUD USME	L-V 7:00 a.m. - 4:30 p.m. 24 HORAS	Cra. 13 No. 135A - 42 Sur	730 00 00 EXT. 31029
USME	CENTRO DE SALUD YOMASA	6:30 a.m - 5:00 p.m.	Cra. 10 No. 81A - 06 Sur	730 00 00 EXT. 31063
SUMAPAZ	CENTRO DE SALUDNAZARETH	L-D 8:00 a.m. - 5:00 p.m 24 HORAS	Cll. 3 No. 2 - 21 Nazareth Suampaz	321 9007789
SUMAPAZ	CENTRO DE SALUD SAN JUAN	L-D 8:00 a.m. - 5:00 p.m 24 HORAS	Vereda San Juan de Sumapaz	321900 77 51



Componente Geográfico de Vigilancia en Salud Pública (2025)

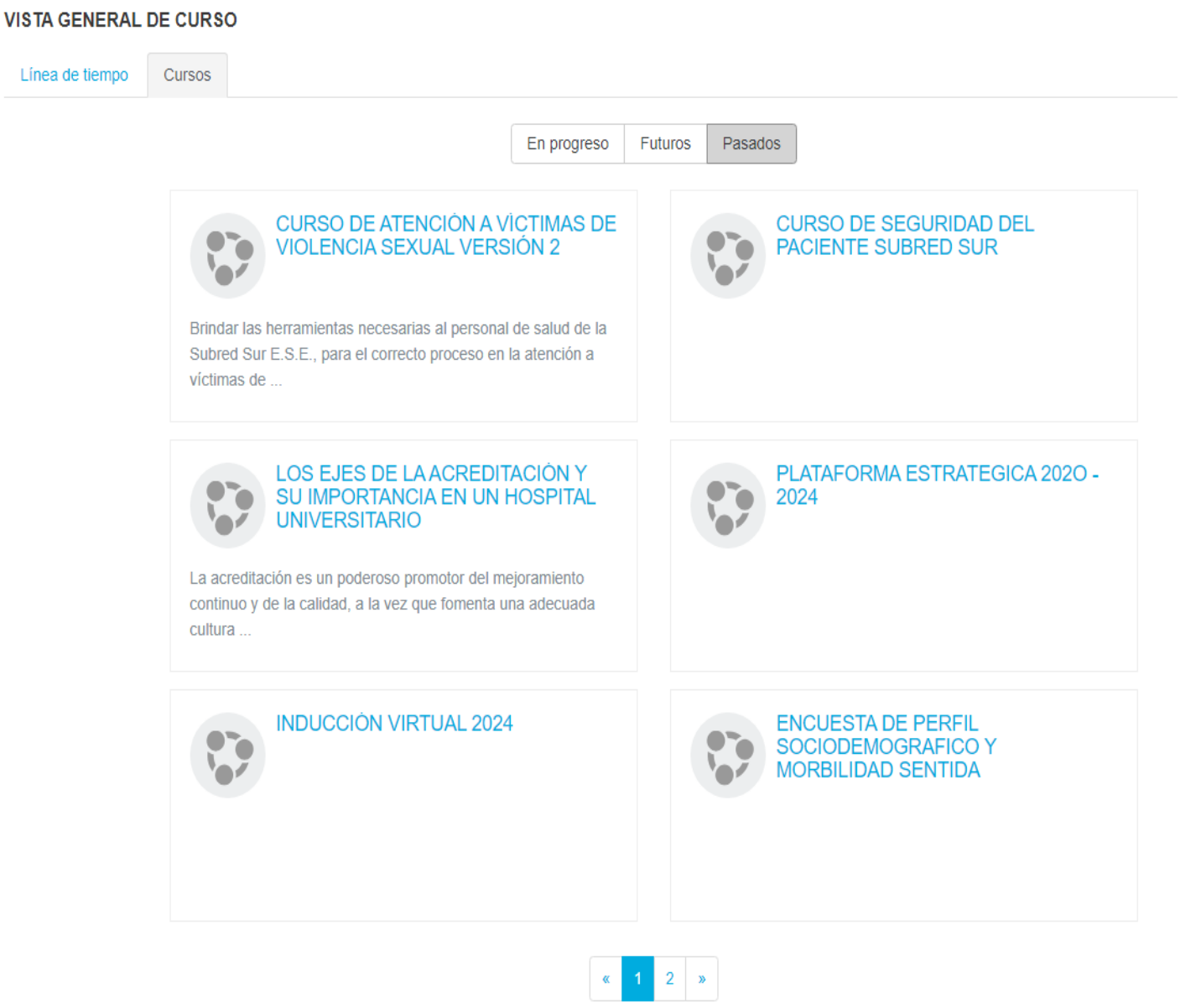
PLATAFORMAS INSTITUCIONALES

SIASUR
http://siasur.subredsur.gov.co/login
http://siasur.subredsur.gov.co/contratacion/informe-actividades/ver-informe-actividades/255709

Crear usuario y contraseña a través de este se sube la cuenta de cobro.
Se anexa video explicando el funcionamiento de SIASUR.

PLATAFORMA (MAO)

http://moodle.subredsur.gov.co/
usuario cedula y cedula
Deben realizar todos los cursos establecidos en los primeros 10 días de firmado el contrato la plataforma y entregar las evidencias a su líder.



SOCIALIZACION RUTA DE LA ALMERA

https://www.subredsur.gov.co/

https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?ingresar=true

A la plataforma Armera llego el nuevo módulo de Documentación que sirve para consultar la documentación institucional; realizar seguimiento, actualización y control de versiones documentales, así como consultar listados maestros.



PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



Se da la bienvenida a la auxiliar de enfermería Genny Rodriguez que ingresa al Programa Ampliado de Inmunizaciones como auxiliar de enfermería extramural asignada a la localidad de Ciudad Bolivar, se informa que las actividades se ejecutan entre las 7:00 am y las 4:00 pm aproximadamente en las cuatro localidades, se da la claridad que no se cuenta con un horario según tipo de contrato, pero el programa cuenta actividades específicas a las que se les debe dar continuidad en periodos de tiempos determinados.

Se indica la importancia de la buena presentación personal el uso de uniforme, chaqueta institucional, carnet institucional, gorra y maleta entregadas en la vigencia; de igual manera se recalca la importancia de mantener las uñas cortas, sin esmalte, cabello recogido.

Se indica que se cuentan con cuatro localidades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E., y cada una con una unidad de referencia:

- Localidad 5 – Usme: USS Marichuela
- Localidad 6 – Tunjuelito: USS San Benito
- Localidad 19 – Ciudad Bolívar: USS Vista Hermosa
- Localidad 20 – Sumapaz: USS Nazareth

Lineamiento operativo vigencia 01 de Agosto al 30 de Septiembre 2024, se realiza la lectura del documento operativo realizando énfasis en el producto Código 14 modalidad extramural

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de infancia registrar el antecedente vacunal, cumpliendo con criterios de calidad.	Diario	Técnico Auxiliar de Enfermería o Técnico en Salud Pública con experiencia mínimo de 6 meses. Nota: Cada localidad contará con un (1) auxiliar que realizará actividades de apoyo al profesional de la modalidad extramural.	1.Anexo_14.1 Registro_diario_PAI_infancia 2.Anexo_14.2 Registro_diario_PAI_adultez Notas aclaratorias: 1 Frente a la evaluación de la calidad de datos del PAI, se determina que se puede presentar un índice del 3% de margen de error con respecto al total de registros mensuales. 2 El formato o herramienta puede tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial 3. El diligenciamiento de antecedente vacunal no aplica en concentraciones desarrolladas en instituciones educativas.
Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura de la táctica casa a casa. Nota: Realizar barrido documentado de acuerdo a Programación.	Diario		1.Anexo 14.3_ Consolidado_censo_poblacion_sujeto_ PAI 2.Anexo 14.4_Censo población sujeto del PAI 3.Mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura. Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y para el barrido documentado se contará con los formatos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
Contar con consentimientos informados para la administración de inmunobiológicos de VPH y COVID19.	Según necesidad		1.Anexo 14.5_consentimiento_informado_para_vacuna_VPH 2.Anexo 14.6_consentimiento_informado_Covid19 Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y/o Ministerio de Salud y Protección Social
Realizar seguimiento, agendamiento y retroalimentación al Aplicativo PAI 2.0 de las cohortes de no vacunados.	Diario		1.Aplicativo PAI 2.0 con retroalimentación en el módulo de seguimiento a la cohorte.
Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frio de la modalidad extramural.	Diario		1.Anexo_15.12_Control_T° 2.Anexo_15.13_Control_zona_seca En registro físico o digital Nota aclaratoria: Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial y/o Ministerio de Salud y Protección Social

Posterior se da claridades en el esquema de vacunación que actualmente se encuentra en vigencia:

- Esquema Menor de 5 años:

Socialización y explica el esquema de vacunación menores de 5 años

- **Para vacunación con PCV13:** Todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de mayo del 2022
- **Para vacunación con PCV10:** Todos los nacidos hasta el 30 de abril del 2022 que no hayan iniciado, continuado o terminado el esquema de vacunación contra el neumococo
- **Cambio de dosis de SRP Triple Viral de 5 años a 18 meses – 2023:** A partir de 1° de Enero 2023
- **Aplicación de dosis de Pentavalente a niños y niñas 18 meses de edad – 2023:** Desde el 1° de enero 2023
- **Cambio de aplicación de vacuna de VPH:** A partir del 30 de Septiembre de 2023 a Niñas de 9 a 17 años y Niños de 9 años, Dosis Única
- **Cambio de aplicación de vacuna de VPH:** A partir del 15 de Julio de 2024 a Niños de 9 a 14 años, Dosis Única

Vacunas polisacáridas																								
1983	PSP23	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
Vacunas conjugadas																									
2000	PCV7*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
2009	PCV10*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F		6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
2009	PCV13*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
Nuevas vacunas conjugadas en desarrollo																									
	PCV15*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20
	PCV20*	4	6B	9V	14	18C	19F	23F	1	5	7F	3	6A	19A	22F	33F	10A	15B	8	11A	12F	2	9N	17F	20





Se realiza explicación del cambio de esquema de refuerzo de Triple Viral y pentavalente, así mismo se envía vía

correo electrónico y otro medio el lineamiento junto con lineamiento de influenza estacional para su lectura y aprendizaje.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL CEPA SUR 2024.
"Día de ponerse al día, búsqueda de los susceptibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones" y Cambio de esquema de vacunación Nacional refuerzos 18 meses y 5 años".

	POBLACIÓN OBJETIVO	# DOSIS	DOSIS (ml)	PRESENTACIÓN	PAIWEB	DOSIS PAIWEB	RANGO EDAD PAIWEB
Laboratorio Butantan	De 6 a 11 meses sin primovacunación	2	0.25	Vial*20	Influenza Trivalente Pediátrica	Primera	6 meses
	De 6 a 11 meses con primovacunación	1					
	De 12 a 23 meses con Primovacunación	1				Segunda	7 meses
	De 12 a 23 meses sin Primovacunación	2					
	24 a 35 meses con Primovacunación + Dx riesgo	1				Refuerzo	12 meses
	24 a 35 meses sin Primovacunación + Dx riesgo	2					
Laboratorio Green Cross	3 a 17 años + Dx riesgo*	1	0.5	Vial*10	Influenza Trivalente Adulto	Refuerzo	12 meses
	Adultos 18 a 59 años + Dx Riesgo					Anual	Sin Rango de edad
	Gestantes (cualquier edad desde semana 14)						
	Mayores de 60 años						
	Talento Humano en Salud						

Fuente: Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra influenza estacional cepa sur 2024



Esquema de vacunación COVID – 19

Edad (es)	Sin Antecedente vacunal			Con antecedente vacunal			Dosis
	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis en Inmunosuprimidos	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis en Inmunosuprimidos	
Niños de 6 meses a 4 años	Día cero	A los 28 días de la primera dosis	Niños inmunosuprimidos a los 28 días de la segunda	Con antecedente de Sinovac en niños a partir de los 3 años de edad o Moderna Pediátrica en niños a partir de los 6 meses de edad.	Completar con Sinovac a partir de los 3 años o Moderna XBB. 1.5 de acuerdo a decisión del acudiente.	Niños inmunosuprimidos a los 28 días de la segunda	Dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular
				Con antecedente vacunal de 2 dosis de Sinovac, Moderna pediátrica o esquema heterólogo (sinovac-moderna) aplicar dosis adicional a los 6 meses de la última dosis			
Niños de 5 años a 11 años, con o sin vacunación previa	**Escenario 1**: Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2**: Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid 19. **Escenario 3**: Personas inmunodeprimidas: aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular
Personas a partir de los 12 años, con o sin vacunación previa	**Escenario 1**: Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2**: Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid 19. **Escenario 3**: Personas inmunodeprimidas aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular
Personas a partir de los 60 años	**Escenario 1**: Personas sin inmunosupresión y sin antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada. **Escenario 2**: Personas sin inmunosupresión y con antecedente vacunal aplicar una dosis adicional de vacuna actualizada, seis meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la Covid19. **Escenario 3**: Personas inmunodeprimidas: aplicar dos dosis de vacuna actualizada, una inicial y la 2da a los dos meses						Dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular

Esquema Atrasado
Vacunación a población menor de un año y un año con esquema tardío:

- Población menor de 12 meses:

Con esquema incompleto o tardío se debe iniciar o continuar el esquema, conservando intervalo de 8 semanas según su antecedente vacunal.

- Población de 12 a 23 meses:

Sin antecedente vacunal o con esquema de vacunación incompleto o tardío se debe iniciar o continuar el esquema, conservando el intervalo de 4 semanas según su antecedente vacunal.
Excepto con la vacuna de Neumococo que debe tener intervalo de 8 semanas.

- Niños y niñas entre 12 a 23 meses sin antecedente de vacunación:
  - 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
  - 3 dosis de VIP con intervalo de 4 semanas
  - Una dosis de pentavalente (DPT-1, HB-1, Hib-1) Continuar con Dos dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial
  - Dos dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial
  - Una dosis de triple viral
  - Una dosis de Hepatitis A (Nacidos a partir del primero de enero de 2012)
  - Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - 2 dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses (Nacidos a partir del primero de Noviembre de 2010)
  - 1 dosis de VIP: para el refuerzo del año y medio, intervalo de seis meses (A partir del primero de junio 2022).
  - 1 dosis de VOP: para el refuerzo de los 5 años, intervalo de un año entre cada uno.
  - 1 dosis de DPT: para los 2 refuerzos respectivos, intervalo de un año entre cada uno.

- Niños/as entre 2 y 5 años, sin antecedente de vacunas
  - 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
  - 3 dosis de VIP con intervalo de 4 semanas, refuerzo del año y medio con VIP y luego el refuerzo de 5 años con VOP - (A partir del primero de junio 2022).
  - Tres dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas, luego los 2 refuerzos respectivos.
  - Tres dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas
  - Una dosis de SRP (Sarampión, rubéola y paperas) y el refuerzo a los 5 años de edad.
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - Una dosis de Hepatitis A (Nacidos a partir del primero de enero de 2012)
  - Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)
  - Una dosis de fiebre amarilla
  - Una dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses (Nacidos a partir del primero de Noviembre de 2010)

- Población Infantil de 6 años en adelante sin antecedente de vacunas

Con esquema de vacunación incompleto: continuar y completar el esquema primario de vacunación según sea el caso.

Sin antecedente vacunal administrar:
- Tres dosis de vacuna contra la poliomielitis con intervalo de 4 semanas, primer refuerzo con dosis de VIP y segundo refuerzo con VOP o VIP según indicación.
- Tres dosis de vacuna contra DPTa* o Td** o TD*** con intervalo de 4 semanas.

*DPTa. Aplicar únicamente a población de 6 años a 6 años, 11 meses y 29 días de edad

** Td. Aplicar a partir de los 7 años

*** TD. Para casos de reacción adversa de encefalitis, con dosis previas de DPT o DPTa (células enteras o acelulares)

- Dos dosis de vacuna triple viral (SRP) con intervalo de 4 semanas, hasta los 10 años de edad
- Una dosis de hepatitis A hasta los 7 años
- Una dosis de vacuna contra la fiebre amarilla
- Una dosis de Varicela (Nacidos a partir del primero de Julio de 2014)

- Niños y niñas de un año (12 a 23 meses) según antecedente vacunal de pentavalente

Nº de dosis	Antecedente de vacuna pentavalente	Un año (12 a 23 meses)
	3	0
	2	0
	1	0
	0	1

- Niños(as) de uno a cinco años sin antecedente de vacuna de neumococo conjugada:

Edad hoy	N° dosis garantizar
Un año (12 a 23 meses)	2
Dos a cinco años	1

- Niños(as) uno a cinco años…. con antecedente vacuna de vacuna de neumococo conjugada:

Edad hoy	N° dosis previas	N° dosis garantizar
Un año (12 a 23 meses)	1	2
Un año (12 a 23 meses)	2	1
2 a 5 años	1	0

TRIPLE VIRAL: Desde el 1ro de enero de 2023 se aplica la dosis de refuerzo de Triple viral a los 18 meses y se trabaja en la búsqueda de susceptibles de 2 a 5 años. (ojo los revacunados)



PENTAVALENTE: El esquema de vacunación de pentavalente se compone de 3 dosis más 1 de refuerzo en menores de 24 meses, garantizando mínimo una dosis de este biológico a los niños y niñas sin antecedente de vacunación con este biológico.



A partir de 30 de septiembre de 2023 se actualizará el esquema de vacunación con dosis única para niñas de 9 a 17 años y la inclusión de los niños de 9 años inicialmente.

Periodo	Esquema	Observaciones
Antes del 30 de septiembre 2023	2 dosis	Se podrá administrar la segunda dosis a quienes ya se aplicaron la primera dosis hace 6 meses o más.
A partir del 30 de septiembre 2023	1 dosis	La población que inicie el esquema recibirá dosis única. No se aplicarán segundas dosis a quienes ya se aplicaron la primera dosis hace 6 meses o más.
	2 dosis Intervalo 0 - 2	En personas inmunosuprimidas se aplicarán dos dosis con intervalo de dos meses.

PRESENTACIÓN: Vial monodosis 0,5 ml
INDICACIÓN: La vacuna tetravalente fue aprobada para uso de hombre de 9 años 11 meses 29 días y mujeres 9 a 17 años, para la prevención de

- Lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical.
- Verrugas genitales relacionados con tipos específicos de VPH.

VIA DE ADMINISTRACIÓN: intramuscular con aguja calibre 23 G x1"

Técnica de aplicación: Limpie el tercio medio del músculo deltoides, con algodón humedecido con **agua**, agua destilada o solución salina; fije la masa muscular, aplique la vacuna por vía intramuscular en ángulo de 90º; retire la aguja y presione con el algodón sin realizar masaje. Ilustración 2. No es necesaria la aspiración antes de la aplicación de la vacuna, pues no hay grandes vasos sanguíneos en el sitio de inyección.

Nota: Se recomienda que durante la aplicación de la vacuna la niña o el niño esté sentado y continúe así, por lo menos 15 minutos.





A partir de 15 de julio de 2024 se actualizará el esquema de vacunación con dosis única para niñas de 9 a 17 años y la inclusión de los niños de 9 a 14 años 11 meses 29 días.

Fecha de inicio	Esquema	Observaciones
15 de Julio de 2024	Única dosis	• Niños de 9 a 14 años, 11 meses y 29 días. • Niñas de 9 a 17 años, 11 meses y 29 días. • A partir del 30 de septiembre de 2023 el esquema de vacunación es dosis única. **No se deben aplicar segundas dosis en esta población.**
	2 dosis Intervalo 0 – 6 meses Solo para pacientes inmunosuprimidos	Personas inmunosuprimidas tendrán el esquema de 2 dosis • Niñas inmunosuprimidas que hayan recibido primera dosis entre 9 a 17 años, 11 meses y 29 días • Niños inmunosuprimidos que hayan recibido primera dosis entre 9 a 14 años, 11 meses y 29 días.

VIP: A partir del 30 de septiembre de 2023 se dispondrá de VIP para la administración del segundo refuerzo para disminuir el riesgo de eventos adversos.

FIEBRE AMARILLA: El riesgo de fiebre amarilla está latente se debe garantizar una dosis única con este biológico a toda la población de 1 a 14 años.

DETENCIÓN TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA: En por de fortalecer la prestación de servicios integrales desde un modelo de salud preventivo y predictivo, se hace indispensable garantizar la demanda inducida a la prueba de tamización para cáncer de cuello uterino en todas las mujeres de 29 a 65 años y cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años.

GENERALIDADES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Biológicos o vacunas vivas atenuadas o replicativas:

- Contienen gérmenes vivos (virus, bacterias, micobacterias).
- Capacidad de reproducción en el huésped.
- Inducen inmunidad de larga duración, parecida a la originada x infección natural.
- Exigen mejor red de frío, por ser + termolábiles.
- Requieren de una dosis generalmente, excepto en vía oral.
- Inmunidad puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier fuente (trasfusiones, transplacentarios), y en estos casos, no hay respuesta a la vacuna

Vacunas muertas o inactivadas o no replicativas:

- Se obtiene inactivando los microorganismos por procedimientos físicos o químicos, totalidad o por fracciones.
- Las fraccionadas basadas en proteínas (toxoides, subunidades o subviriones) o polisacáridos del microorganismo.
- Las de polisacáridos conjugados contienen estos polisacáridos que están unidos químicamente a una proteína, lo que la hace una vacuna más potente.
- Por ser muertas no se replican, ni causan la enfermedad aún en personas inmunocomprometidas.
- Inductoras de inmunidad humoral circulante.

Vacunas muertas o inactivadas o no replicativas

- Respuesta inmune es de menor intensidad y duración, exigen varias dosis.
- Requieren varias dosis para la primovacunación, y dosis de refuerzo para mantener una concentración adecuada de anticuerpos.
- Uso en personas con inmunocompromiso y sus contactos.
- La mayoría necesitan de coadyuvantes.
- Todas son de aplicación inyectable IM

Clasificación de vacunas

Tabla 4. Clasificación microbiológica de las vacunas

Clasificación		Tipo de vacuna
A. Vivas atenuadas		
Virales		Sabin (polio oral/VOP) - Triple viral - SRP, Doble viral- SR, Varicela, Fiebre Amarilla, Rotavirus
Bacterianas		BCG
B. Vacunas inactivadas o muertas		
Enteras	Virales	Salk (Polio inyectable- IPV)- Rabia- Influenza - Hepatitis A
	Bacterianas	Pertussis - Tifoidea - Colera
Fraccionadas	Subunidades	Influenza - Pertussis Acelular
	Recombinantes	Hepatitis B - VPH
	Toxoides	Difteria - Tétanos
Polisacáridas	Polisacáridos puros	Neumocócica 23v. - Meningococica A + C / ACYW135
	Polisacáridos conjugados	H Influenza tipo b - Neumocócica 7 - 10 y 13 v - Meningococica A + C / ACYW135

Intervalos de tiempo entre vacunas no aplicadas de manera simultánea:

- El intervalo ideal entre dosis para menores de un año es 8 semanas.
- El intervalo mínimo entre dosis es 4 semanas. Excepción: antirrábica
- No hay intervalos máximos y los esquemas no se reinician. (Siempre continuar con la dosis siguiente)

Tipos de antígenos	Intervalo mínimo entre dosis
Dos o más vacunas inactivadas o muertas	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis
Vacuna viva y muerta	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis*
Dos o más vacunas vivas	Se pueden administrar simultáneamente o separadas al menos 4 semanas**

* La única excepción es la combinación entre vacuna contra el cólera (inactivada) y vacuna contra la fiebre amarilla (atenuada), que se han de separar 4 semanas como mínimo.
** La VOP, rotavirus y fiebre tifoidea Ty21a se pueden administrar antes, simultáneamente o después de las vacunas SRP, varicela y fiebre tifoidea.

Intervalos de tiempo entre vacunas no aplicadas de manera simultánea:

- Las vacunas vivas orales no interfieren con otras vacunas vivas parenterales en caso de no ser dadas

simultáneamente.

- Las vacunas vivas inyectables no interfieren con las vacunas vivas orales.
- Las vacunas inactivadas generalmente NO se afectan por anticuerpos circulantes: Ig HB y vacuna HB
- Las vacunas vivas pueden afectarse por anticuerpos circulantes: si se aplica primero Ig, esperar 12 semanas (3 meses) para administrar vacunas vivas.

Contraindicaciones absolutas

- Reacción anafiláctica a dosis previa de la vacuna.
- Reacción anafiláctica a un componente de la vacuna.
- Se aplaza vacunación:
- Compromiso severo del estado general por enfermedad con o sin fiebre.
- Presencia de temperatura mayor a 38°C

Algunas falsas contraindicaciones

- Resfriado o diarrea en niñ@ san@
- Lactancia materna
- Tratamiento con antibióticos o en fase de convalecencia de una enfermedad
- Síndrome de Down
- Desnutrición
- No tener carné de vacunación en el momento de solicitar el servicio
- Historia de alergia NO ANAFILÁCTICA al huevo/ antibióticos, o alergias inespecíficas del niñ@ o de sus familiares
- No afiliación al SGSSS o a EAPB en la cual se solicita la vacunación

Política de frascos abiertos



Vías de administración

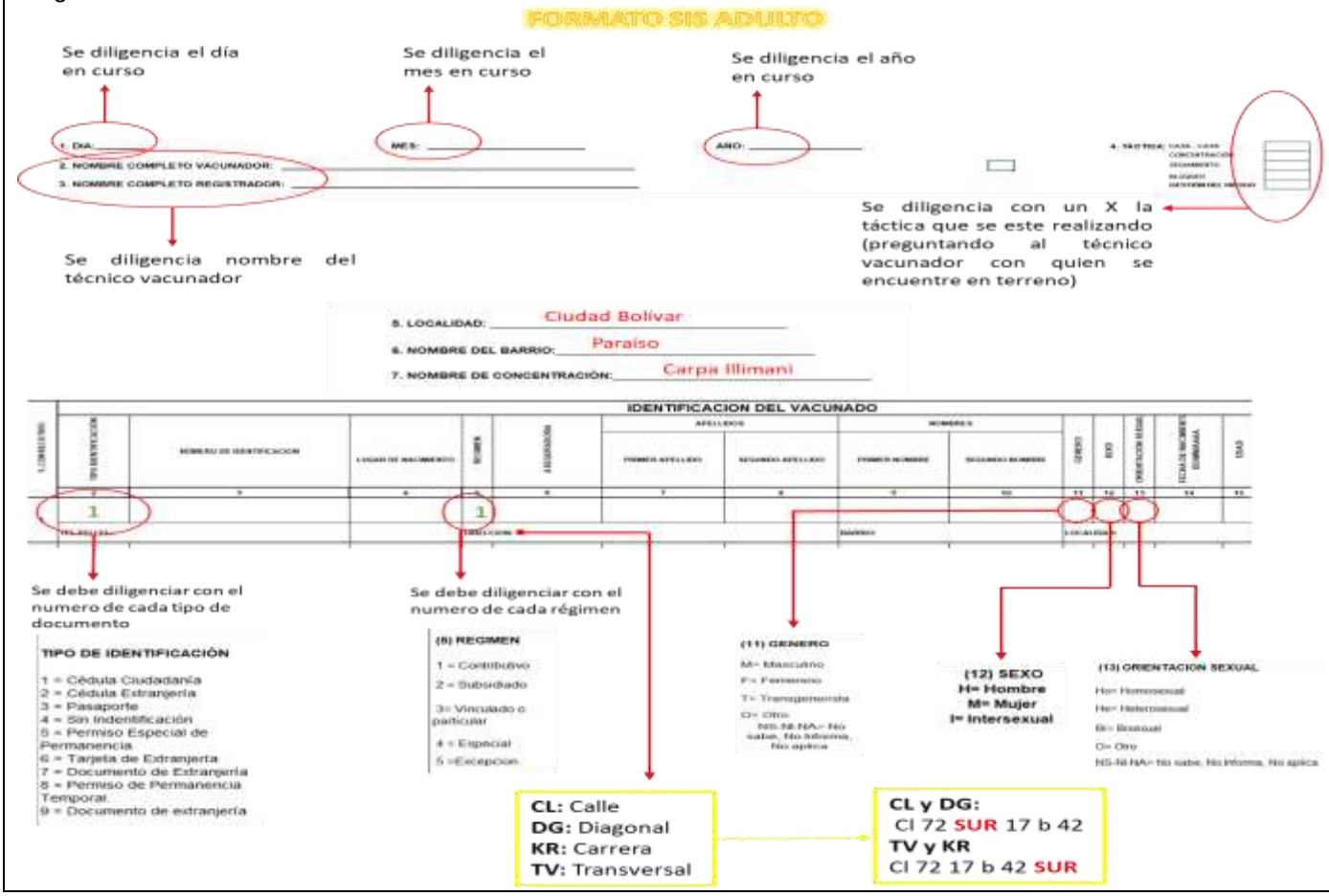


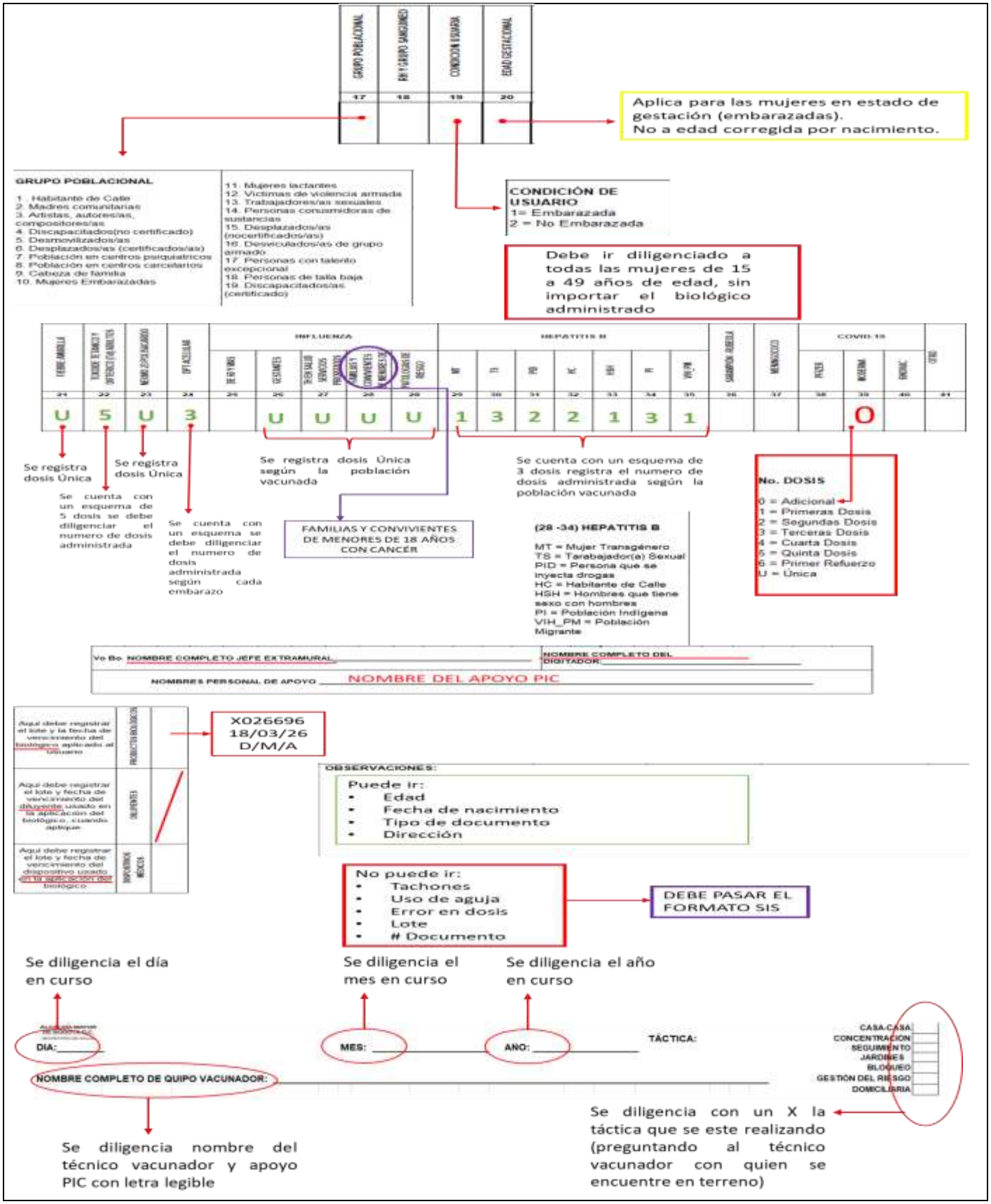






Diligenciamiento de formatos




GRUPO POBLACIONAL
CONDICIÓN USUARIA
EDAD GESTACIONAL
17
18
19
20
Aplica para las mujeres en estado de gestación (embarazadas).
No a edad corregida por nacimiento.
GRUPO POBLACIONAL
1. Habitante de Calle
2. Madres comunitarias
3. Artistas, autores/as, compositores/as
4. Discapacitados(no certificado)
5. Desmovilizados/as
6. Desplazados/as (certificados/as)
7. Población en centros psiquiatricos
8. Población en centros carcelarios
9. Cabeza de familia
10. Mujeres Embarazadas
11. Mujeres lactantes
12. Víctimas de violencia armada
13. Trabajadores/as sexuales
14. Personas consumidoras de sustancias
15. Desplazados/as (nocertificados/as)
16. Desvinculados/as de grupo armado
17. Personas con talento excepcional
18. Personas de talla baja
19. Discapacitados/as (certificado)
CONDICIÓN DE USUARIO
1= Embarazada
2 = No Embarazada
Debe ir diligenciado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, sin importar el biológico administrado
FIEBRE AMARILLA
TOXOIDE ESTAFILOCÓCICO (DIFTERIA Y TÉTANOS)
MENINGOCÓCICO
DPT ACELULAR
INFLUENZA
HEPATITIS B
SARAMPIÓN RUBEOLA
NEUMOCOCICO
COVID-19
PFIZER
MODERNA
JANSSEN
OTRO
24
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
U
5
U
3
U
U
U
U
1
3
2
2
1
3
1
O
Se registra dosis Única
Se registra dosis Única
Se cuenta con un esquema de 5 dosis se debe diligenciar el numero de dosis administrada
Se cuenta con un esquema se debe diligenciar el numero de dosis administrada según cada embarazo
Se registra dosis Única según la población vacunada
FAMILIAS Y CONVIVIENTES DE MENORES DE 18 AÑOS CON CANCÉR
Se cuenta con un esquema de 3 dosis registra el numero de dosis administrada según la población vacunada
No. DOSIS
0 = Adicional
1 = Primeras Dosis
2 = Segundas Dosis
3 = Terceras Dosis
4 = Cuarta Dosis
5 = Quinta Dosis
6 = Primer Refuerzo
U = Única
(28 -34) HEPATITIS B
MT = Mujer Transgénero
TS = Tarabajador(a) Sexual
PID = Persona que se inyecta drogas
HC = Habitante de Calle
HSH = Hombres que tiene sexo con hombres
PI = Población Indigena
VIH_PM = Población Migrante
Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL
NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR:
NOMBRES PERSONAL DE APOYO
NOMBRE DEL APOYO PIC
Aquí debe registrar el lote y la fecha de vencimiento del biológico aplicado al usuario
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del diluyente usado en la aplicación del biológico, cuando aplique
Aquí debe registrar el lote y fecha de vencimiento del dispositivo usado en la aplicación del biológico
PRODUCTO BIOLÓGICOS
DILUYENTES
DISPOSITIVOS MÉDICOS
X026696
18/03/26
D/M/A
OBSERVACIONES:
Puede ir:
Edad
Fecha de nacimiento
Tipo de documento
Dirección
No puede ir:
Tachones
Uso de aguja
Error en dosis
Lote
Documento
DEBE PASAR EL FORMATO SIS
Se diligencia el día en curso
Se diligencia el mes en curso
Se diligencia el año en curso
DIA:
MES:
AÑO:
TÁCTICA:
CASA-CASA
CONCENTRACIÓN
SEGUIMIENTO
JARDINES
BLOQUEO
GESTIÓN DEL RIESGO
DOMICILIARIA
NOMBRE COMPLETO DE QUIPO VACUNADOR:
Se diligencia nombre del técnico vacunador y apoyo PIC con letra legible
Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

FORMATO SIS NIÑOS MENORES DE 17 AÑOS

Se diligencia el día en curso

Se diligencia el mes en curso

Se diligencia el año en curso

1. DIA:
MES:
AÑO:
2. NOMBRE COMPLETO VACUNADOR:
3. NOMBRE COMPLETO REGISTRADOR:

Se diligencia nombre del técnico vacunador

4. TÁCTICA: CASA - CASA, CONCENTRACIÓN, SEGUIMIENTO, BLOQUEO, GESTIÓN DEL RIESGO

Se diligencia con un X la táctica que se este realizando (preguntando al técnico vacunador con quien se encuentre en terreno)

5. LOCALIDAD: Ciudad Bolívar
6. NOMBRE BARRIO: Paraíso
7. NOMBRE DE CONCENTRACIÓN Y/O JARDIN: Arañas saltarinas

8. DATOS DEL VACUNADO

								18. DATOS				
*	1											

Se debe diligenciar con el numero de cada régimen

Se debe diligenciar con el numero de registro civil y numero de nacido vivo

Aplica para las mujeres en estado de gestación

Se diligencia:
TIPO EDAD
D = Días
M = Meses
Años = Años

Se debe diligenciar con el # de hijo de la madre a vacunar

(5) REGIMEN
1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3= Vinculado o particular
4 = Especial
5 =Excepcion

NS = No sabe en caso de no tener información.

	DEBIDO	EDAD	TIPO EDAD
	ETNIA		No DE HIJO
	RH Y GRUPO SANGUINEO		GRUPO POBLACIONAL

16. DATOS GRUPO POBLACIONAL
1. Habitante de Calle
2. Población infantil a cargo del ICBF
3. Desmovilizados/as
4. Desplazados/as (certificados/as)
5. Población en centros psiquiatricos
6. Victimas de violencia armada
7. Desplazados/as (No certificados/as)
8. Hijos/as de desmovilizado/a
9. Población infantil en protección de la SDIS
10. Hijos/as de cabezas de familia
11. Hijos/as de secuestrados/as
12. Hijos/as de recluso en centro carcelario
13. Hijos/as de veterano de la fuerza pública
14. Personas con talento excepcional
15. Hijos/as de héroe de la Nación
16. Personas de talla baja
17. Personas en condición de discapacidad (certificado)
18. Cabezas de familia
19. Mujeres embarazadas
20. Mujeres lactantes

18. IDENTIFICACION DE LA MADRE

	1					

Se debe diligenciar con el número de cada tipo

Se debe diligenciar dos números telefónicos para actualización del dato.

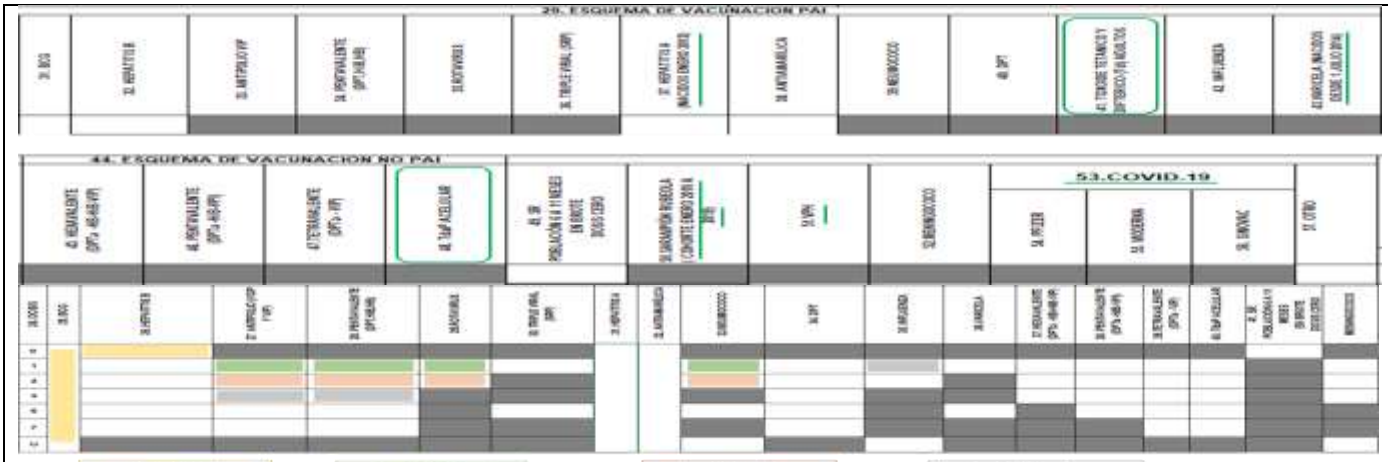
Se debe diligenciar el hospital donde el menor nació

21. TIPO IDENTIF
1 = Pasaporte
2 = Certificado de nacido vivo
3 = Registro Civil (NUIP)
4 = Tarjeta de Identidad
5 = Sin identificación
6 = Permiso Especial de Permanencia
7 = Tarjeta de Extranjería
8 = Permiso Temporal
9 = Documento de Extranjería

E V/QUEMA DE VACUNACION

30. DOSIS	47. TETRAVALENTE (DPTa - VIP)	48. TdaP ACELULAR	49. SR POBLACIÓN 6 A 11 MESES EN BROTE DOSIS CERO	50. SARAMPIÓN RUBEOLA (COHORTE ENERO 2018 A 2019)	51. VPH
0					
1					
2					
3					
4 / 5					
6 / 7					
U					

31 - 67 ESQUEMA DE VACUNACIÓN No. De DOSIS
0 = Adicional
1= Primera dosis
2 = Segunda dosis
3 = Tercera dosis
4 = Cuarta dosis / aplica para td
5 = Quinta dosis/ aplica para td
6 = Primer Refuerzo
7 = Segundo Refuerzo
U = Unica dosis



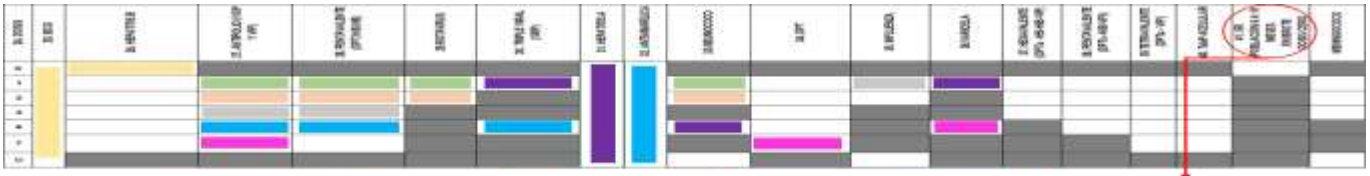
Dosis 0
BCG
Hepatitis B
El dato se diligencia en estos espacio la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunación

1 as
Polio IM
PENTAVALENTE
ROTAVIRUS
NEUMOCOCO
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas

2 as
Polio IM
PENTAVALENTE
ROTAVIRUS
NEUMOCOCO
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas

3as
Polio IM
PENTAVALENTE
INFLUENZA
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas. La vacuna de la influenza depende si estamos en campaña para administrar

Siempre de debe colocar el histórico de lo vacunado hasta la edad



TV AÑO
TRIPLE VIRAL
VARICELA
NEUMOCOCO
HEPATITIS A
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.

R1
PENTAVALENTE
Polio IM
FIEBRE AMARILLA
TRIPLE VIRAL
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.

R2
VARICELA
Dpt
Polio
Intramuscular
El dato se diligencia en estos espacios la fecha de la administración de la vacuna y se extrae del carnet de vacunas.

Se coloca la fecha del día actual si se administra el biológico

Siempre de debe colocar el histórico de lo vacunado hasta la edad

Vo Bo NOMBRE COMPLETO JEFE EXTRAMURAL _____ NOMBRE COMPLETO DEL DIGITADOR _____

NOMBRES PERSONAL DE APOYO NOMBRE DEL APOYO PIC



X026696
18/03/26
D/M/A

OBSERVACIONES:

Puede ir:
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Tipo de documento
- Dirección

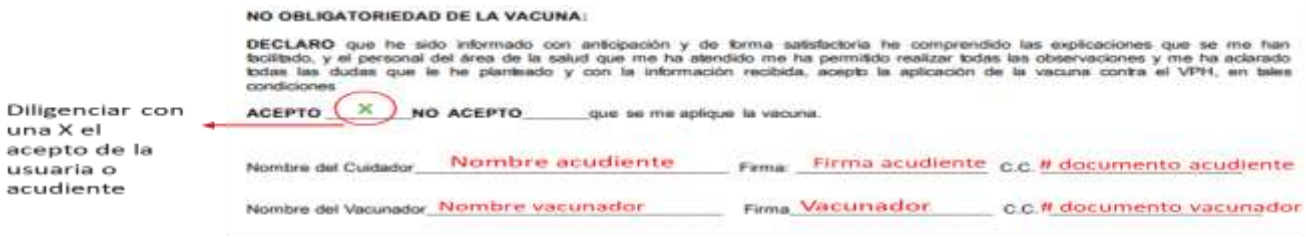
No puede ir:
- Tachones
- Uso de aguja
- Error en dosis
- Lote
- # Documento

DEBE PASAR EL FORMATO SIS

Brindar a las usuarias o acudiente para leer detenidamente y resolver sus inquietudes


NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD –IPS: Subred integrada de servicios de salud sur
MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Bogotá
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO – VPH-
Yo Nombre de la usuaria IDENTIFICACION De la usuaria FECHA Actual del dia de administración
HORA EDAD NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA Y/O CUIDADOR Nombre del acudiente
IDENTIFICACION Acudiente
DECLARAN: el personal del área de la salud Nombre Técnico vacunador nos ha explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.
Hora de administración
Edad usuaria

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico


NO OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA:
DECLARO que he sido informado con anticipación y de forma satisfactoria he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el personal del área de la salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y con la información recibida, acepto la aplicación de la vacuna contra el VPH, en tales condiciones
ACEPTO X NO ACEPTO _____ que se me aplique la vacuna.
Nombre del Cuidador Nombre acudiente Firma: Firma acudiente C.C. # documento acudiente
Nombre del Vacunador Nombre vacunador Firma Vacunador C.C. # documento vacunador

Diligenciar con una X el acepto de la usuaria o acudiente

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico


CONSENTIMIENTO COVID 19
CIUDAD _____ FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA
NOMBRES _____ APELLIDOS _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC __ TI __ CC __ CE __ OTRO __ NÚMERO _____
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____ EDAD _____ años
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EAPB del usuario

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (Por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)
VACUNA Y DOSIS: Nombre de la vacuna a aplicar Laboratorio a administrar
Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ( ) o dosis única ( )
X = Adicional

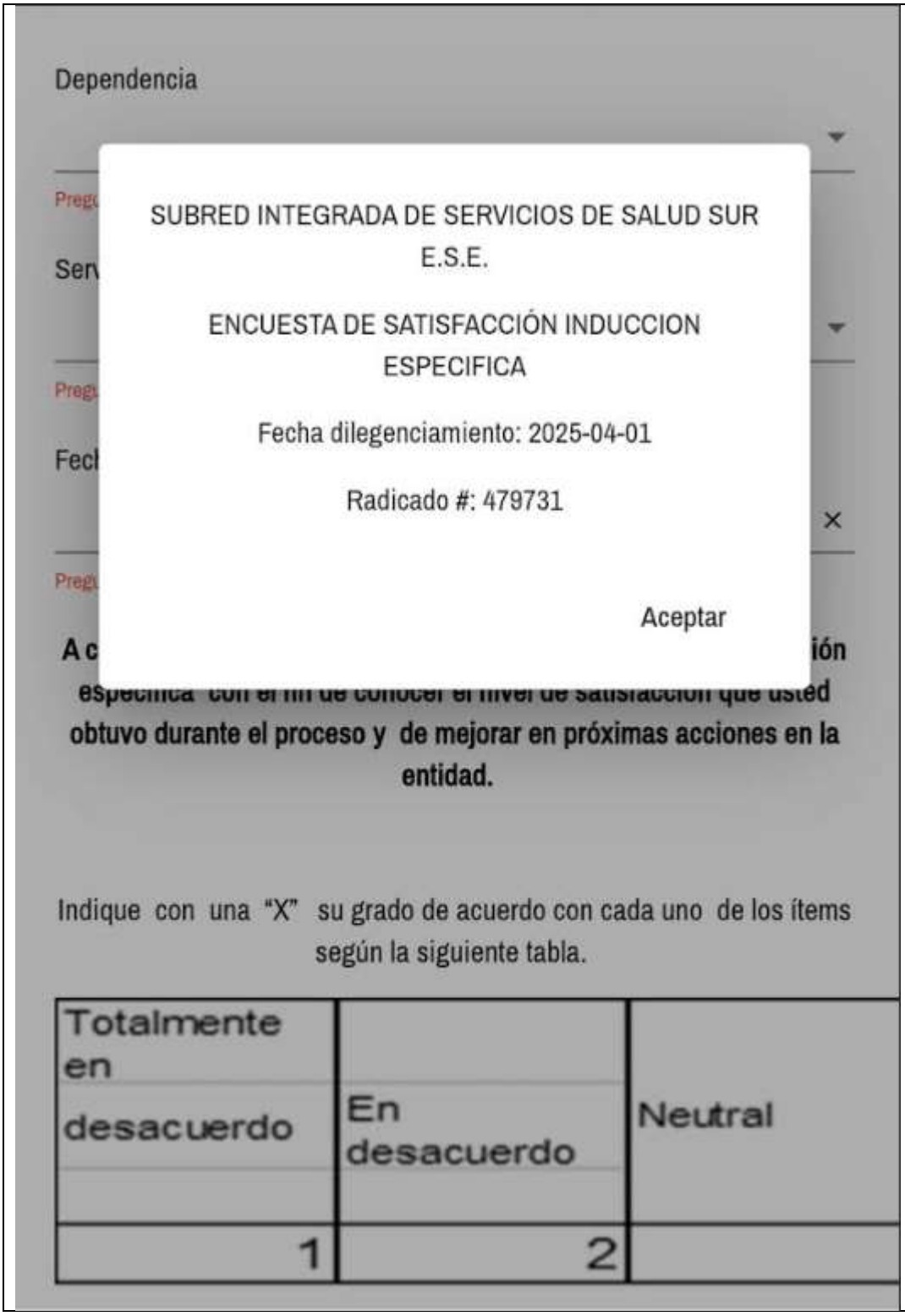
En consecuencia, decido ACEPTAR: ___ que se me aplique la vacuna. NO ACEPTAR: ___ que se me aplique la vacuna.
Firma: Del usuario
Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)
Razón por la que no firma: _____

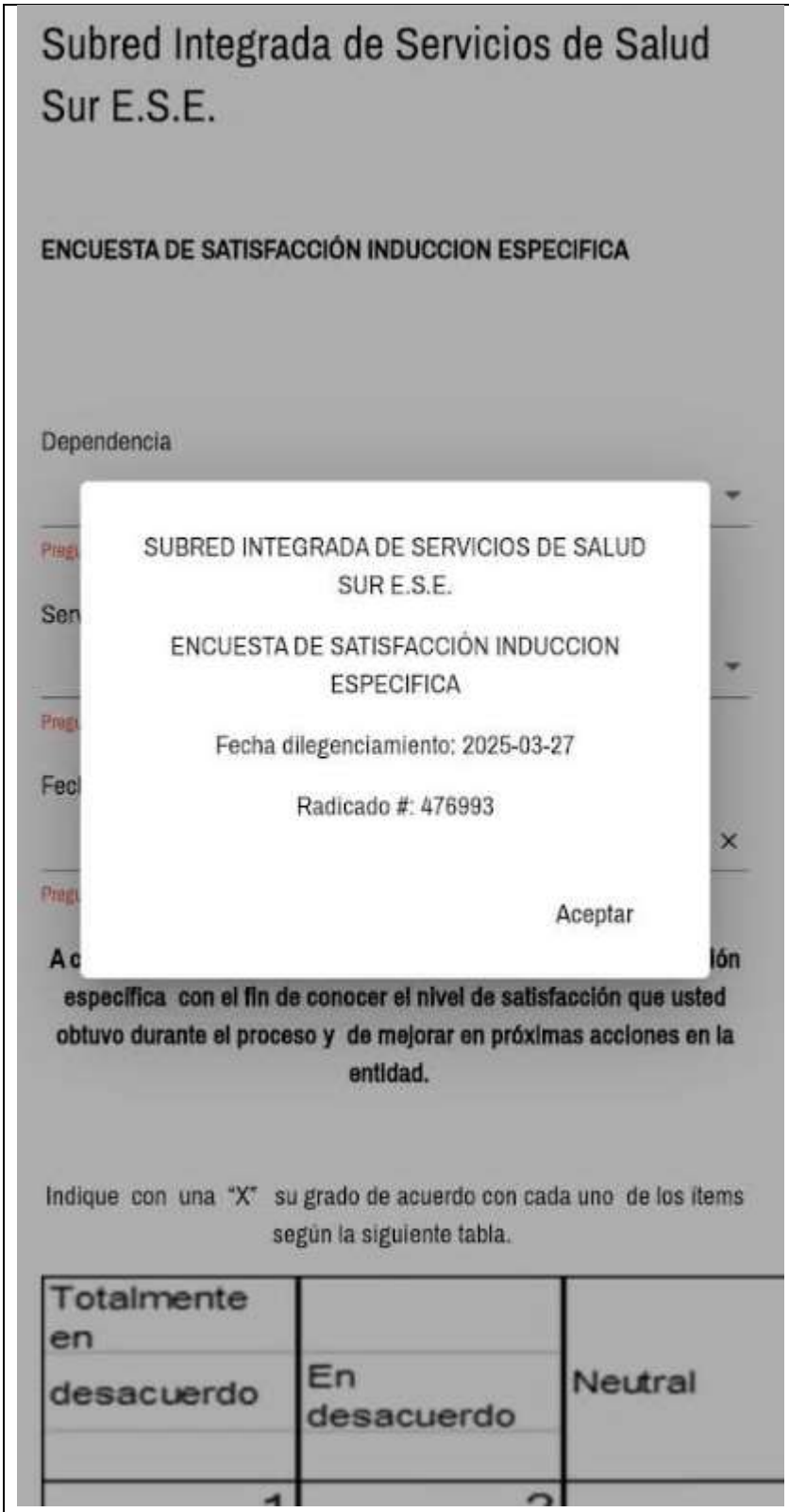
Diligenciar con una X

El diligenciamiento debe ser con el usuario antes de administrar el biológico

Identificación y firma del vacunador
Nombres Vacunador Apellidos Vacunador
Tipo de Identificación: RC __ TI __ CC __ CE __ otro __ número # cedula vacunador de _____
Firma Vacunador
DATOS DE LA INSTITUCIÓN
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Subred integrada de servicios de salud Sur
DEPARTAMENTO/DISTRITO Bogotá MUNICIPIO Bogotá

Se enfatiza en la importancia de el seguimiento de conducto regular, ante cualquier situación y/o novedad laboral o posibles ausencias que se puedan tener de tipo personal, adicional, se recalca la presentación personal (cabello recogido, uñas sin maquillaje, etc.), adicionalmente, la importancia del fortalecimiento teórico propio para que se pueda brindar una atención adecuada a cada uno de los usuarios asignados de acuerdo a la actividad contractual.


Dependencia
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCION ESPECIFICA
Fecha dilegenciamiento: 2025-04-01
Radicado #: 479731
Aceptar
obtuvo durante el proceso y de mejorar en próximas acciones en la entidad.
Indique con una "X" su grado de acuerdo con cada uno de los ítems según la siguiente tabla.
Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo
Neutral
1
2


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCION ESPECIFICA
Dependencia
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCION ESPECIFICA
Fecha dilegenciamiento: 2025-03-27
Radicado #: 476993
Aceptar
específica con el fin de conocer el nivel de satisfacción que usted obtuvo durante el proceso y de mejorar en próximas acciones en la entidad.
Indique con una "X" su grado de acuerdo con cada uno de los ítems según la siguiente tabla.
Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo
Neutral



Se finaliza la reunión sin novedades y estableciendo compromisos en ítem 8.

7. DECISIONES TOMADAS

N/A

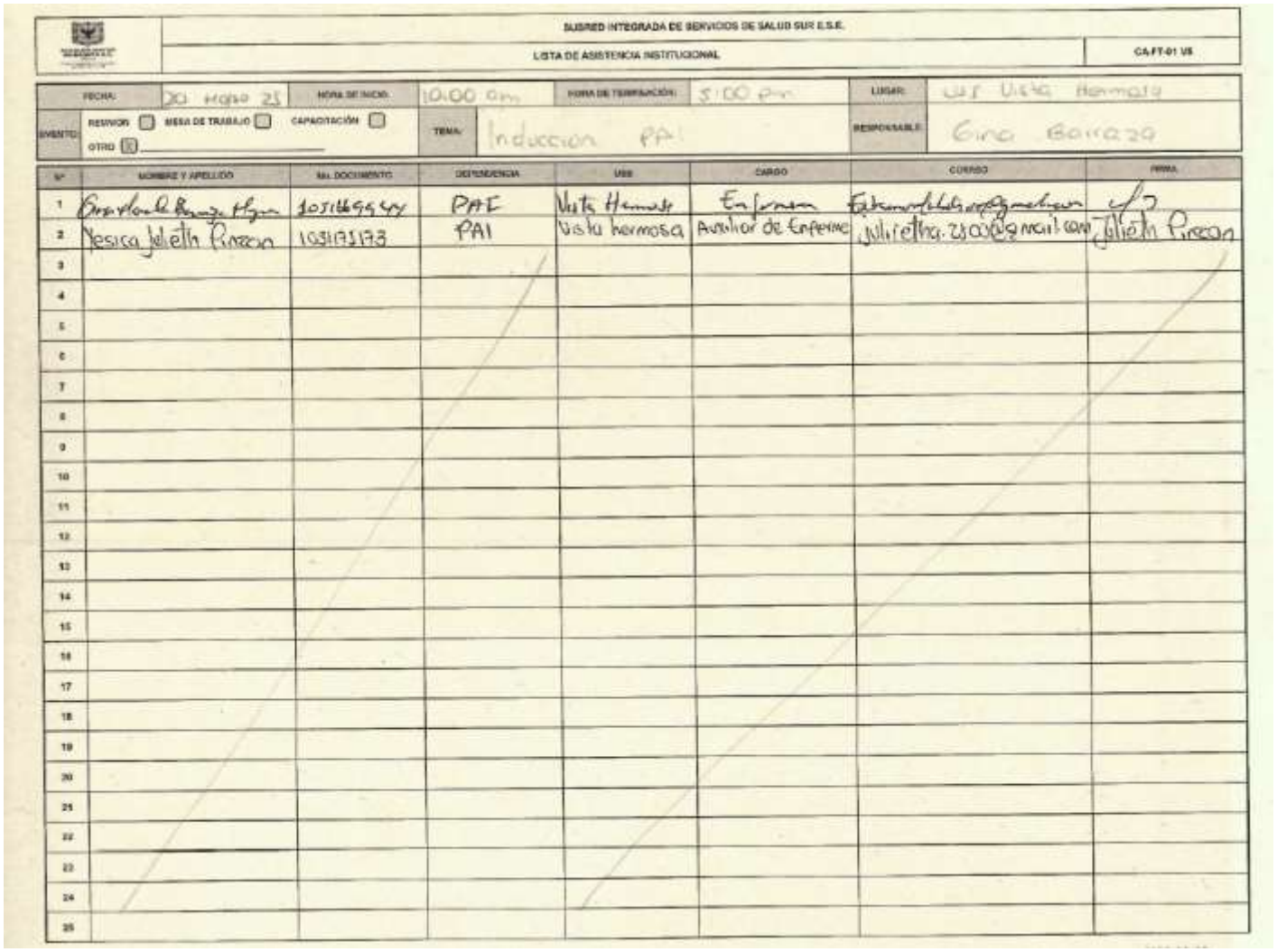
8. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite aaaa-mm--dd)	QUIEN (Responsable)
Continuar con aprendizaje individual de vacunación	Leyendo y preguntando cada duda que surja	Continuo	Auxiliares de enfermerìa en inducción.
Fortalecimiento teórico propio de lineamientos, normatividad vigente, protocolos y procedimientos de la subred, Manual Técnico Administrativo del PAI, insertos de biológicos, etc.	Apropiación de conocimientos necesarios del PAI	Diario / De acuerdo con la necesidad	Yesica Pinzón

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN _Se anexa listado

SECRETARIO REUNIÓN __**N/A**_____

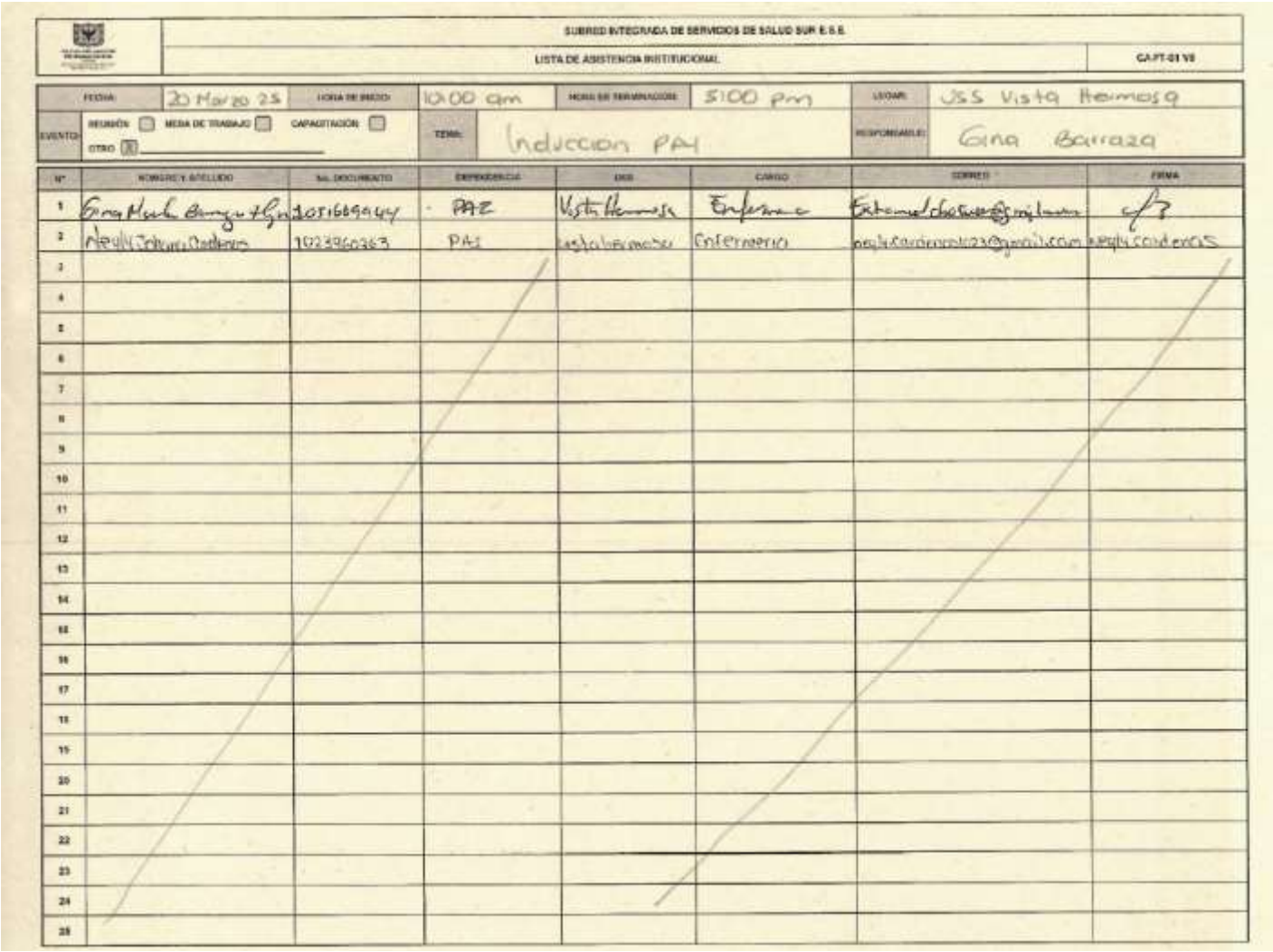


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V8

FECHA:	30 Mayo 23	HORA DE INICIO:	10:00 am	HORA DE TERMINACIÓN:	5:00 pm	LUGAR:	UF Vista Hermosa
EVENTO: REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☐		TEMA:	Induccion PAI			RESPONSABLE:	Gina Barraza

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	UBR	CARGO	CORREO	FIRMA
1	[illegible]	1031169494	PAF	Vista Hermosa	Enfermera	[illegible]	
2	Yesica Julieth Pinzon	1031191173	PAI	Vista hermosa	Auxiliar de Enfermeria	julieth.2300@gmail.com	Julieth Pinzon
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

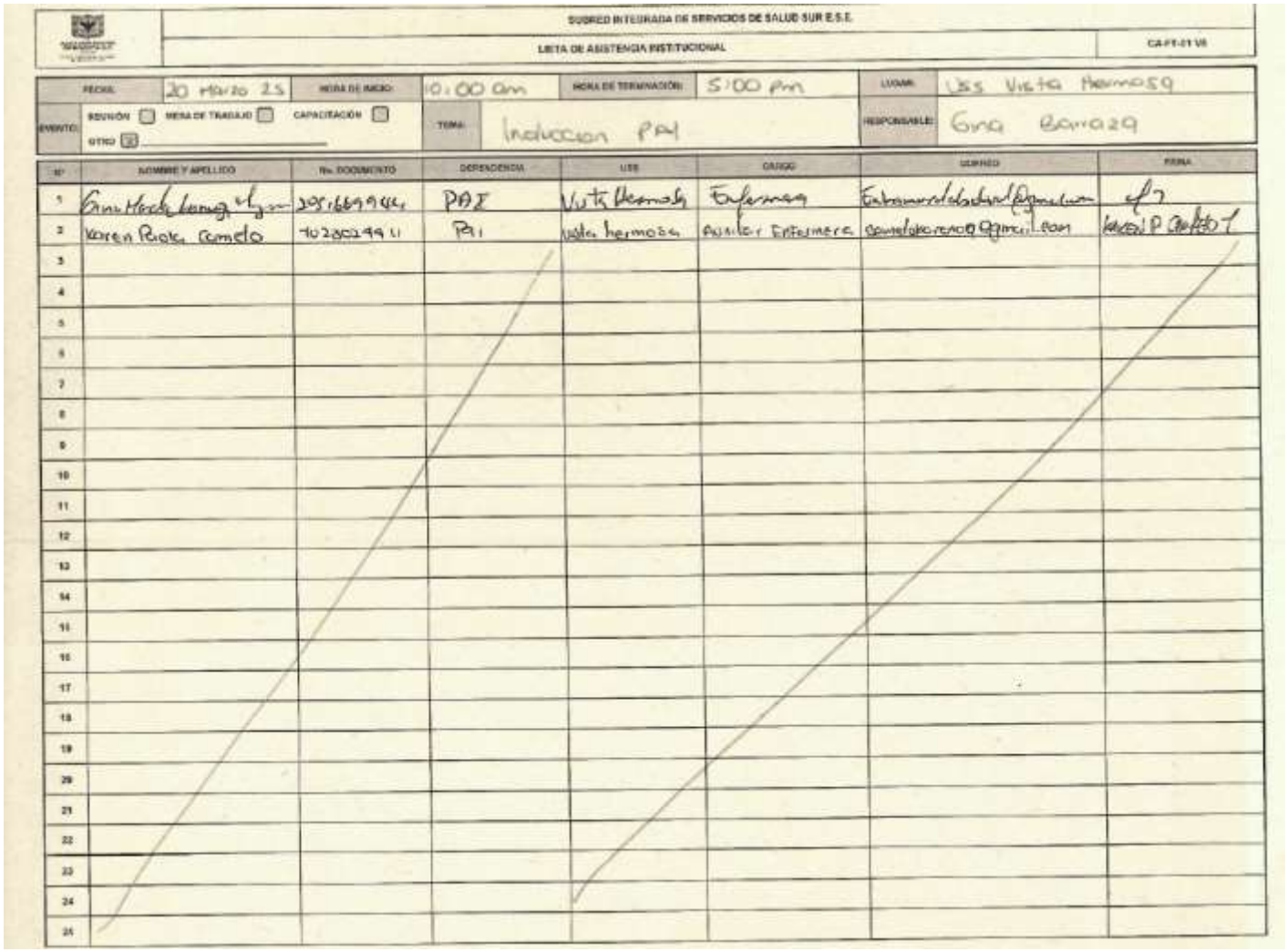


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V8

FECHA:	20 Marzo 23	HORA DE INICIO:	10:00 am	HORA DE TERMINACIÓN:	5:00 pm	LUGAR:	USS Vista Hermosa
EVENTO: REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO [X] _____		TEMA:	Induccion PAI			RESPONSABLE:	Gina Barraza

N°	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	UNIDAD	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Gina Marcela Barraza Tafur	1051669944	PAI	Vista Hermosa	Enfermera	Enfermeriabarraza@gmail.com	
2	Angie Johana Cardenas	1023960363	PAI	vista hermosa	Enfermeria	angiecardenas1123@gmail.com	angiecardenas
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V8

FECHA	20 Marzo 25	HORA DE INICIO	10:00 am	HORA DE TERMINACIÓN	5:00 pm	LUGAR	USS Vista Hermosa
EVENTO: REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☒		TEMA	Induccion PAI			RESPONSABLE	Gna Garcia

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Gina Marcela Luengas Mejia	1095669966	PAI	Vista Hermosa	Enfermera	Enfermeriadelsabor@gmail.com	
2	Karen Paola Cometa	1023002991	PAI	vista hermosa	Auxiliar Enfermera	cometakaren99@gmail.com	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E**	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	**CA-FT-02 V6**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Yesica Joheth Pinzon Cortes
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermería
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1031175173
FECHA DE INGRESO:	20 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	20 Marzo 2025
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC-PAI
SERVICIO:	PAI
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO___ Cuál ?_____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Gina Marcela Baraza Mejia
PERFIL O CARGO:	Enfermera

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas específicos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN Nombre y cargo de quien brinda la información
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupacionales SST.	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	✓				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Se informa las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que no todos los colaboradores tienen acceso	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	CA-FT-02 V6

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.	✓			Se entrega insumos de acuerdo a actividad extramural	
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informó frente a procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	✓			Siendo talabora de el APS algunos productos no aplican	
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.			✓		
Se validan cursos de MAC como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las victimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro específico del servicio o dependencia.	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligencio encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: Jorge Mario Barrera Mejia

Firma del colaborador: Judith Arizon

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI ____ NO ____ Cuáles? _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	**CA-FT-02 V6**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	**GH-FYD-IND-FT-01 V2**

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Neyly Johana Cardenas Florez
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermera
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1023960763
FECHA DE INGRESO:	20 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	20 Marzo 2025.
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC - PAI
SERVICIO:	PAI
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO___ Cuál ? _____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Gina Marcela Barraza Mejia
PERFIL O CARGO:	Enfermera

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas especificos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN Nombre y cargo de quien brinda la información
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupacionales SST.	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones fisicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	✓				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Cl...e las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que no todos los colaboradores tienen acceso	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.	✓			Se entrega insumos de acuerdo a actividad extramural	
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informó frente a procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	✓			Siendo colaborador OPS algunos procesos no aplican	
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.			✓		
Se validan cursos de MAO como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las victimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro especifico del servicio o dependencia.	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligenció encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: [illegible] Firma del colaborador: Yeily cardenas

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI ____ NO ____ Cuáles? _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	CA-FT-02 V6

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Karen Paola Camelo Tovar
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de enfermería
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1023024411
FECHA DE INGRESO:	20 Marzo 2025
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	20 Marzo 2025
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	PIC- PA1
SERVICIO:	PA1
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ OTRO ___ Cuál ? _____
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Gina Marcela Barrazo Mejía
PERFIL O CARGO:	Enfermera

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN (Describir los temas especificos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÓN (Nombre y cargo de quien brinda la información)
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio	✓				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual					
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral	✓				
Cuenta con carné institucional	✓				
Presentación de los Riesgos Ocupacionales SST	✓				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	✓				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	✓				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	✓				
Conoce las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	✓				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	✓			Se recuerda que no todos los colaboradores tienen acceso	
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	✓				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO	✓				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.			✓		
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	✓				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	CA-FT-02 V6

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	✓				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio	✓			Se entrega insumos de acuerdo a actividad extramural	
Se Informó frente al uso de elementos de protección personal.	✓				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	✓				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	✓				
Se informo frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	✓				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	✓				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.			✓		
Se informo frente a procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	✓				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	✓			Siendo colaboradores OPS algunos soportes no aplican	
Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no at[illegible]iones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	✓				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	✓				
Se informo y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.			✓		
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	✓				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario	✓				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.			✓		
Se validan cursos de MAO como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las victimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro especifico del servicio o dependencia.	✓				
Entrenamiento en transfusional			✓		
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	✓				
[illegible]e realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	✓				
Diligencio encuesta de satisfacción	✓				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: [illegible] Firma del colaborador: KAREN P CONTRERAS F.

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: _____

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción especifica.

SI ___ NO ___ Cuáles? _____