



| | | | |
|---|--|--|--|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|---|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

ACTA DE REUNIÓN

Nombre: Comité Epidemiológico Distrital. COVE Distrital.

| Dependencia | Proceso |
|--|---------|
| Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. | ASIS |

ASISTENTES

[Anexo listado de asistencia a reuniones 114-MEC-FT-002](#)



| Objetivo de la Reunión | Fecha de la reunión: |
|--|---|
| Socializar los resultados, avances y logros de sistemas de Vigilancia en Salud Pública, en términos de Seguimiento, aplicación de estrategias y mecanismos de articulación distrital, local en la Subdirección de Salud Pública. | 5 de Noviembre de 2014 |
| | Lugar: Auditorio Homocentro SDS |
| | Hora: 8:00 AM |
| | Notas por: Diana Esther Celedón Sánchez. Carmen Lucía Velásquez Maya. |
| | Próxima Reunión: Miércoles 3 de Diciembre. |
| Quien cita: ASIS. | |

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

Siendo las 8:00 am del 5 de Noviembre del 2014 se da inicio al Comité de Vigilancia Epidemiológica Distrital con la presentación de la agenda a tratar en el día. Se realiza lectura del compromiso del COVE distrital del mes de octubre, y se socializa el seguimiento del mismo, que hace referencia, a aportar cualquier información científica que se conozca acerca de la vacuna contra el VPH; donde los responsables son todos los funcionarios del sector salud de la ciudad. Hasta la fecha, No se ha recibido ningún aporte, y el grupo encargado, envía link de acceso a documentos de interés en el tema, para los participantes, el cual se socializa a los participantes.

Agenda a desarrollar:

1. Alertas en eventos en Salud Pública.
2. Vigilancia de la Salud Oral en Bogotá D.C. SDS-grupo SISVESO.
3. Vigilancia en Salud Pública del evento Exposición a Flúor –SIVIGILA-
4. Experiencias locales exitosas, de articulación de la Vigilancia en Salud Pública con Territorios Saludables SISVESO-Equipos locales de vigilancia de las ESE. Soy Tu Ángel-Hospital de Suba
5. Varios. Evaluación del COVE Distrital.
6. Evaluación del COVE distrital.

| | | | |
|---|--|--|--|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|---|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

1. Alertas en eventos en Salud Pública.

Janet Rueda del Grupo de Urgencias y Emergencias en Salud Pública de la SDS, realiza la socialización del boletín semanal de Alertas Epidemiológicas, con corte 4 de noviembre de 2014.

Realiza una descripción de las generalidades virus del Ébola: de la Familia Filoviridae Géneros: Marburgvirus, Cuevavirus, **Ebolavirus**. Especies: ebolavirus Bundibugyo (BDBV), ebolavirus Zaire (EBOV), ebolavirus Reston (RESTV), ebolavirus Sudan (SUDV), y ebolavirus Taï Forest (TAFV).

La Enfermedad del Virus del Ébola es una enfermedad causada por el virus del mismo nombre, detectado por vez primera en 1976 en Sudán y República Democrática del Congo, en una aldea que está situada cerca del río Ébola, dándole el nombre al virus.

Los brotes de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) tienen una tasa de letalidad que puede llegar al 90%.

Realiza la presentación de los brotes del Ébola en el mundo, desde el año de 1976-2012, donde los países afectados fueron: Democratic Republic of Congo, Sudan, South África (ex-Gabón), y Uganda. Con letalidad que oscila entre el 25% al 100% de los casos. Siendo las especies más frecuentes la de Zaire y Sudan.



Se considera que los huéspedes naturales del virus son los murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae, y pueden transmitir el virus a otros animales como primates y antílopes, que al ser cazados contagian al ser humano al ponerse en contacto con la sangre del animal, al comérselo o a través de heridas pequeñas en la piel.

En su mayoría la transmisión es persona a persona, al entrar en contacto directo, a través de las membranas mucosas o de soluciones de continuidad de la piel, con la sangre u otros líquidos o secreciones corporales (heces, orina, saliva, semen) de personas infectadas.

También puede producirse cuando las soluciones de continuidad de la piel (heridas) o las membranas mucosas de una persona sana entran en contacto con entornos contaminados por los líquidos infecciosos de un paciente con el virus del Ebola, como prendas de vestir o ropa de cama sucias o agujas usadas.

Los síntomas: aparición súbita de fiebre (mayor que 38.6°C), dolor de cabeza fuerte, dolor muscular, debilidad, diarrea, vómitos, erupción cutánea, disfunción renal y hepática, hemorragias internas y externas.

El intervalo desde la infección a la aparición de los síntomas oscila entre 2 y 21 días, con periodo promedio de 8- 10 días. Los pacientes son contagiosos desde el comienzo que empiezan a manifestar los síntomas. No son contagiosos durante el periodo de incubación.

| | | | |
|---|--|--|--|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|---|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

Entre el personal con mayor riesgo tenemos: El Personal sanitario; los familiares u otras personas que hayan estado en contacto estrecho con personas infectadas; y los integrantes del cortejo fúnebre que hayan tenido contacto directo con el cuerpo del difunto como parte de las ceremonias de inhumación.

La situación actual del virus de Ébola, de Fuente: www.oms.gov.co Información consultada 3 noviembre con corte a 29 oct. 2014; reporta un total de 13.567 casos, con 4.951 muertes. La mayoría de los casos y muertes den Liberia (6.535 casos- 2.413 muertes), Sierra Leona (5.338 casos- 1.510 muertes) y Guinea (1.667 casos- 1.018 muertes). Y con presencia de casos (entre 1 y 20) en países como: Malí, Nigeria, Senegal, España y Estados Unidos de América. Siendo países con casos iniciales o transmisión localizada, Malí (1 caso Confirmado-1 muerte), España (1 caso confirmado sin muertes) y Estados Unidos de América (4 casos confirmados y una muerte). También se socializa la distribución de los casos en el personal sanitario, en estos países.

Brote en República Democrática del Congo:



Al 28 de octubre de 2014, se han registrado 66 casos (38 confirmados, 28 probables) de la enfermedad del virus del Ebola (EVD), incluyendo 8 casos en los trabajadores de la salud. En total, se han reportado 49 muertes, incluyendo ocho de los trabajadores sanitarios. No hay contactos en seguimiento y van 20 días desde el reporte negativo de la segunda muestra del último caso reportado. Este brote no está relacionado con el de África Occidental.

En la vigilancia epidemiológica del evento, se ha realizado:

1. Detección de casos compatibles por EVE mediante búsqueda activa en puntos de entrada y centros de atención médica.
2. Búsqueda de contactos: Toda persona que haya tenido contacto con el virus Ébola en los 21 días anteriores a la aparición de los síntomas, en al menos una de las siguientes formas: Haber dormido en la misma casa; haber tenido contacto físico directo con el paciente (vivo o muerto) durante la enfermedad; haber tenido contacto físico directo con el paciente (muerto) en el funeral; haber tenido contacto con sangre o fluidos corporales durante la enfermedad; haber tocado la vestimenta o ropa de cama; haber sido amamantado por el paciente (bebé).

En Colombia – Bogotá:

- ✓ Se han identificado algunos factores de riesgo como:
 1. En los últimos dos años, 40 migrantes irregulares de países de África occidental han sido detectados, tres eran de Nigeria y Guinea.
 2. En el año 2014, 72 africanos indocumentados, intentando entrar o salir del país.
 3. De acuerdo a información de OPAIN, el tráfico reportado por IATA en los últimos 12 meses con destino final África, es de 9.400 pasajeros tanto de salida como entrada al año, sin embargo como Colombia no tiene rutas directas con estos países, estos hacen escala en los aeropuertos de: Frankfurt, Alemania con el 25,0% del tráfico; Paris Charles de Gaulle, Francia con el 30,0% del tráfico; Madrid, España con el 20,0% del tráfico; Lisboa, Portugal el 15,0% del tráfico; Sao Paulo, Brasil. 5,0% del tráfico y otros aeropuertos también el 5,0% del tráfico.

| | | | |
|---|--|--|--|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|---|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

En aerolíneas como: Lufthansa, Air France, Iberia, TAP Portugal y Avianca.

- ✓ Se han utilizado como estrategias de comunicación de riesgo:
1. Pendones en área de migración, inmigración de Aeropuerto Internacional
 2. Pendones en pasillos de Aeropuerto Internacional.
 3. Uso de pantallas con material informativo.
 4. Afiches en centros de atención médica y hospitalaria.
 5. Capacitación a personal a riesgo en puntos de entrada.
 6. Capacitación para información a público en general en la línea 195.

Chicungunya

En las Américas el total de casos reportados es de 790.899, el 98,1%(776.089) son casos sospechosos, el 1,6%(12.993) confirmados; importados el 0,2%(1.817 casos). Un total de 152 fallecidos. En el Caribe latino y América del Sur, se registraron la mayoría de los casos y de las muertes. También con menos casos en América del Sur y Caribe No Latino. Y América del Norte presentó la mayoría de casos importados (1.559).

En Colombia, de acuerdo con la distribución de casos notificados con antecedente de viaje al exterior, se han confirmado por laboratorio 26 casos importados y continúan en estudio 73 casos sospechosos. (Fuente INS. 4 noviembre 2014)

Sarampión en las Américas:

Se socializa la información del Boletín semanal de sarampión. Consulta 04 Nov. 2014. Corte a SE 43, fuente PAHO. Total de casos sospechosos 15.419. Casos confirmados por clínica, 470; confirmados por laboratorio 1.184. La mayoría en Brasil, Canadá y Estados Unidos.

Coronavirus del Medio Oriente:



Con un total de 988 casos y 362 muertes. La gran mayoría en Arabia Saudita, Emiratos Árabes y el Jordán. Fuente ECDC 4 noviembre 2014 corte a 28 octubre de 2014.

Polio en el mundo:

Con un total de 5 casos reportados del 1 de enero a 28 de octubre del año 2014, disminuyendo considerablemente comparado con el mismo periodo del año 2013, 175 casos. Fuente. Polio eradication initiative.org. Consulta 4 Noviembre 2014 Corte a 28 de octubre 2014.

Influenza H7N9:

Se han confirmado por laboratorio un total de 453 casos de influenza aviar A (H7N9), incluyendo 175 muertes, se han notificado a la OMS, uno de los casos un caso en un viajero chino, reportado de Malasia. Desde la última actualización, el 27 de junio de 2014, tres casos adicionales han sido notificados a la OMS.

| | | | |
|---|--|--|--|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|---|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

Enterovirus D68 en EEUU:

Desde mediados de agosto al 4 de noviembre de 2014, los laboratorios estatales de salud pública han confirmado un total de 1.108 personas en 47 estados y el Distrito de Columbia con enfermedad respiratoria causada por el EV-D68. y 8 mortalidades.

CDC espera que, al igual que con otros enterovirus, las infecciones EV-D68 probablemente comiencen a declinar a finales de otoño. (Fuente CDC 4 Noviembre de 2014).

Enfermedad neurológica de etiología desconocida en EEUU:

El CDC trabaja estrechamente con el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente (CDPHE) y el Hospital de Niños de Colorado en la investigación de un grupo de 10 pacientes pediátricos hospitalizados con enfermedad neurológica aguda de etiología no determinada que se caracteriza por debilidad focal en las extremidades e inflamación de la sustancia gris de la médula espinal.

A 29 de octubre, 64 casos cumplen con la definición de caso y están distribuidas en 28 Estados. Además, se está en proceso de verificación de más de una docena de informes adicionales.

2. Vigilancia de la Salud Oral en Bogotá D.C

Carmen Lucía Velásquez Maya, referente Distrital del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, realiza la presentación de antecedentes, normatividad, resultados, avances y logros de la vigilancia de la salud oral en Bogotá.

Dentro de la presentación se abordan temas como:

La Política pública de salud oral, decenio 2011-2021 y su Objetivo: lograr una condición de salud oral sostenible a través de la promoción generación de prácticas sociales protectoras de salud oral, soportadas social y culturalmente mediante el abordaje de los determinantes sociales y el fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía para la protección de la salud de la población, garantizando el acceso y calidad en la atención en los servicios del Distrito Capital.



Los Ejes estructurales de la política pública de salud oral con participación social para el decenio 2011-2021

1. Gestión de la política pública de salud oral.
2. Modelo de gestión de los servicios de salud oral. Donde se ubica: Sistemas de información y la Vigilancia Epidemiológica.
3. Fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico.
4. Producción y circulación de conocimiento.

Normas de cumplimiento nacional en salud oral:

- Resolución 3577 del 28 de septiembre del 2006. Plan Nacional de Salud Bucal.
- Decreto número 3518 Octubre 09 de 2006 Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Con énfasis en la definición del Sistema de vigilancia en salud pública, de la Vigilancia en salud pública y el objetivo de la vigilancia en S.P. Y los responsables de la VSP: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, INS. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, las Direcciones Departamentales, Distritales y

| | | | |
|---|--|--|--|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|---|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

Municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, EAPB, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD.

Vigilancia en Salud Oral, se explica su definición y objetivo general: Desarrollar la estrategia de vigilancia centinela del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, mediante la conformación de una red de vigilancia en el distrito capital, para identificar el acceso a los servicios de salud oral, prácticas de auto cuidado, notificar los eventos objeto de vigilancia de la salud oral, generar las alertas epidemiológicas e identificar determinantes sociales de calidad de vida; que permitan orientar las acciones, dirigidas a mejorar la salud oral de la población que habita en Bogotá D.C., como factor crítico de éxito. Se exponen los eventos vigilados y su definición de caso.



Diana Esther Celedón Sánchez, apoyo del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, presenta como está conformada la red de vigilancia de la salud oral en Bogotá D.C, red Pública que cuenta con 92 UPGD que corresponde al 54,4%; red privada que cuenta con 65 UPGD que corresponden a un 38,5% y una red escolar conformada por 10 UPGD que corresponde al 7,1% de la red de vigilancia epidemiológica de la salud oral. De igual forma se realiza la presentación de la distribución de las 169 UPGD por localidad en Bogotá D.C.

Carmen Lucia Velásquez, presenta resultados de la vigilancia de la salud oral, con el comportamiento de los Eventos de vigilancia en salud oral, gingivitis, caries cavitacional, lesión mancha café, lesión mancha blanca, fluorosis y periodontitis, para los años 2011, 2012 y 2013. La gingivitis muestra una tendencia lineal en los tres años, siendo el de mayor frecuencia. La caries cavitacional con una leve disminución, de igual manera las lesiones blanca y café. La periodontitis muestra un aumento de notificación, en el año 2013. Socializa los resultados del análisis de la situación de la salud oral, en la primera infancia, y las acciones realizadas, que han permitido articulación local y distrital con otros actores, como equipos territoriales y otros subsistemas de vigilancia como el de salud mental y nutricional, y en el nivel central, con otras direcciones como la de aseguramiento. También socializa las metas distritales de salud oral, y los intolerables, a los cuales el proceso de vigilancia de la salud oral, aporta de manera importante y continua. También presenta las acciones realizadas desde la vigilancia, los avances y logros.

3. Vigilancia en Salud Pública del evento Exposición a Flúor –SIVIGILA-

Sandra Misnaza Castrillón, referente nacional del Instituto Nacional de Salud, para la vigilancia centinela de la exposición al flúor, evento del Sivigila, realiza la presentación de los resultados a nivel nacional y para Bogotá.

El propósito es generar Información útil, confiable y oportuna sobre la fluorosis dental y sus factores de riesgo y protectores en unidades centinelas a nivel nacional, para ajustar las políticas existentes sobre la prevención de la caries y el control de la fluorosis dental.

| | | | |
|--|--|--|--|
|  | <p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p> | <p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p> |  |
|--|--|--|--|

PAGINA _____ DE _____

Los Objetivos específicos son: Estimar la proporción de notificación de fluorosis dental en las UPGD centinela. Determinar la proporción de pacientes con factores de riesgo para fluorosis dental, en agua, sal y hábitos de higiene oral. Y Verificar el cumplimiento de las concentraciones de flúor establecidas para el agua y la sal según la normatividad vigente.

Continúa con la presentación de las 26 UPGD centinelas para Bogotá D.C en la primera fase años 2012-2013 y la segunda fase años 2013-2014, luego se explica la ficha de notificación del evento 228 del Sivigila Nacional exposición a flúor.

Explica la situación nacional del evento en la fase uno de la vigilancia donde se encontró que Índices colectivos de fluorosis dental por centinelas municipales, Colombia 2012---2013 se encontraban elevados en: Bogotá, Sora (Boyacá), Orocué (Casanare), Guaca (Santander), Alcalá (Valle del Cauca), Ginebra (Valle del Cauca), Rio frío (Valle del Cauca), Yumbo (Valle del Cauca).

Luego presenta la proporción de notificación de casos de fluorosis dental por año en Bogotá, en los años 2012-2013 donde se encontró fluorosis severa en las UPGD Hospital Vista Hermosa UPA San Isidro y Hospital Pablo VI Bosa UPA Porvenir. También presenta la proporción de notificación de casos de fluorosis dental según edad en Bogotá en los años 2012—2013, se encontró que la UPGD Hospital de Suba CAMI suba el IFC se encuentra elevado al 1.0909 este no debe exceder una parte por millón.

Socializa el comportamiento de la notificación en las UPGD, específicamente observando las que se encuentran silenciosas en la vigilancia de la exposición a flúor, en Bogotá.

Presenta la situación de Bogotá en la segunda fase de la vigilancia de la exposición a flúor a corte semana 41, en el 2013 se presentaron 97 casos y en el 2014 131 casos de fluorosis dental, se presenta la proporción de la severidad de las lesiones siendo la más alta la fluorosis moderada con un 31,58%, seguida de la muy leve con un 31,14%, leve con un 25,44%, severa 7,2% y Dudosa 4,82%. Se aclara que en el índice de Dean que es el índice con que se mide la severidad de las lesiones de fluorosis la clasificación de dudoso es cuando la fluorosis dental no alcanza a ser el grado más leve de fluorosis, pero si está presente el evento, no es cuando el odontólogo diagnosticador duda si es fluorosis o no; se presenta igual los resultados de la presencia de caries, cavitacional y no cavitacional, los factores protectores para la fluorosis dental y los retos de la vigilancia de la exposición a flúor.

Sandra Misnaza responde y aclara dudas de los participantes frente al registro de la información, tiempos estipulados para este registro dentro de la consulta odontológica, y propuestas de considerar concertar con los prestadores, los tiempos necesarios para la vigilancia en salud pública. También se aclaran dudas frente a la aplicación del flúor como elemento de elección en la prevención de la caries dental, las edades y el cumplimiento de lo que se encuentra normado en la resolución 412.



PAGINA _____ DE _____

Ana Elvira Bonilla, del Laboratorio de Salud Pública de Bogotá, realiza exposición de los resultados del monitoreo químico del elemento flúor en agua y sal de consumo humano, realizado en Bogotá en el año 2013, en cumplimiento del lineamiento y protocolo de vigilancia centinela de la exposición al flúor, acción realizada en articulación con los equipos, central y locales, de vigilancia de la salud oral.

4. Experiencias locales exitosas, de articulación de la Vigilancia en Salud Pública con Territorios Saludables

Se continua con la presentación de las experiencias locales exitosas, de articulación de la vigilancia en salud pública con Territorios Saludables, donde los equipos locales de SISVESO de las ESE Hospital Rafael Uribe Uribe, Hospital Vista Hermosa, Hospital Nazareth, Hospital Engativá y Hospital de Suba, exponen las experiencias de articulación a partir de las investigaciones epidemiológicas de campo, de casos de situación adversa evitable en niños y niñas menores de 5 años, pertenecientes a la etapa de la primera infancia, y gestantes, que a su vez han permitido la articulación con otros subsistemas de vigilancia, como el SIVIM y salud nutricional, entre otros actores.

El hospital de Suba, socializa la experiencia del programa Soy Tu Ángel, que también se articula con la vigilancia de la salud oral y que interviene población gestante, con el objetivo garantizar la prestación de los servicios de salud para la población gestante, superando las barreras de acceso tipo administrativo.

Dentro de la planeación, la estrategia en su fase 1: Identifica las gestantes, desde su ingreso, las sigue en sus diferentes puntos de atención. 2: Acompaña, asignando un guía (UN ANGEL), con el fin de orientar en informar a la gestante, en las rutas de atención. 3: agilizar los trámites o servicios que sean requeridos por la usuaria, gestante.

5. Varios:

Gloria Bustamante, referente distrital del SIVELCE, vigilancia de lesiones de causa externa, realiza una sensibilización frente a la temporada decembrina, vigilancia intensificada de la pólvora, y hace la invitación a la conferencia sobre pólvora que se realizará el día lunes 10 de Noviembre de 2014.

De otro lado se informa a los interesados en adquirir información sobre el plan de contingencia de Ébola, en Colombia y Bogotá, que pueden pasar al 2 piso del hemocentro de la SDS, para recoger los afiches y tener la información requerida, para socializarla en el nivel local y sus instituciones.

6. Se realiza la evaluación del COVE Distrital. Mediante un instrumento que permite la evaluación de cada una de las exposiciones y la jornada en general.

COMPROMISOS*

No se registran compromisos, para seguimiento.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: 114-MEC-FT-001 V.4

Elaborado por:
Gloria Navarrete, Marcela
Moreno.
Revisado por: Olga Lucia
Vargas
Aprobado por: Martha
Liliana Cruz.



PAGINA _____ DE _____

| ACCION | RESPONSABLE | FECHA |
|--------|-------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA*

Nombre:

| NOMBRE | FIRMA |
|--------|-------|
| | |
| | |
| | |

| NOMBRE | FIRMA |
|--------|-------|
| | |
| | |
| | |

Evaluación y cierre de la reunión

| ¿Se logro el objetivo? | Observaciones (si aplica) |
|--|---------------------------|
| Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

* De requerir más campos en los temas y comentarios tratados, compromisos y revisión del acta, inclúyalos antes de imprimir este formato.