



# LO QUE DEBERÁS RECORDAR PARA EL SEGUIMIENTO DEL SWITCH DE POLIO



---

Comprométete con tu ciudad

1



# Visita aleatoria por parte del Departamento e INVIMA

2 y 3 de  
mayo



Comprométete con tu ciudad

# 2



Visitas permanentes por parte  
del equipo PAI municipal

**A partir del 2 de mayo**

---

Comprométete con tu ciudad

# 3



La vacuna de polio bivalente  
Deberá estar debidamente

## ROTULADA



# 4

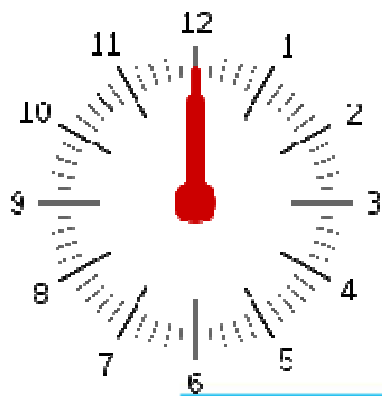


El horario de la Jornada el  
Sábado 30 de abril será el habitual

**De 8 a.m. - 4 p.m.**

Pero la polio oral trivalente solo  
Se aplicará hasta

**12:00 p.m.**



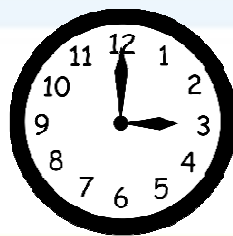
Comprométete con tu ciudad

# 5



A partir del medio día del sábado 30 de abril, deberá iniciar el proceso de recolección de la polio trivalente en existencia,

**Para ser llevada a la Secretaría de Salud,  
como punto de acopio municipal  
Antes de las 3 de la tarde**



Comprométete con tu ciudad



# 6



Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación		Cargo	Firma
Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación		Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato
Nombre del veedor municipal o del corregimiento (personero municipal, inspector de policía, corregidor, líder de la comunidad, o líder indígena)		Cargo (personero o inspector, corregidor etc)	Firma del veedor

En los municipios con un número mayor de 5 IPS o puntos de vacunación satélites, se debe realizar un acta consolidada del municipio, para la firma correspondiente del personero

**Nota:** Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.

## Diligenciar el Anexo # 7 ACTA DE ELIMINACIÓN

Con fecha al 30 de abril y entregar :

**3 originales x IPS y 3 por la entidad general**

Comprométete con tu ciudad

# Ejemplo



## COMFANDI



3 ORIGINALES

<b>NOMBRE DE LA INSTITUCION</b>
IPS COMFANDI MORICHAL
IPS COMFANDI CALIPSO
IPS COMFANDI TORRES
IPS COMFANDI SAN NICOLAS
IPS COMFANDI PRADO
IPS COMFANDI ALAMEDA

3 ORIGINALES

3 ORIGINALES

3 ORIGINALES

3 ORIGINALES

3 ORIGINALES

3 ORIGINALES

MINSALUD		TODOS POR UN NUEVO PAIS	
<b>ANEXO 7. ACTA DE CERTIFICACION DE LA ELIMINACION DE LA VACUNA ORAL DE POLIO TRIVALENTE (VOP)</b>			
Departamento	Municipio	IPS	Fecha
ESSE:			
Puesto de vacunación:			
Se certifica que el día 30 de abril de 2016 al finalizar la jornada del día se retiró de la red de frío del punto de vacunación toda la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (VOP/T), para su posterior destrucción.			
<b>RELACION DE VACUNAS RETIRADAS DE LA RED DE FRIO</b>			
Item a revisar	Total de vials existentes	Total de dosis existentes	
Viales o frascos VOPT (cerrados)			
Viales o frascos VOPT (abiertos)			
Viales retirados de la red de frío (cerrados y abiertos)			
Viales o frascos destruidos			
Especifique el método de destrucción			
Nombre de la empresa de manejo de residuos hospitalarios a quien se le entregó la vacuna a destruir, si aplica.			
Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación	Cargo	Firma	
Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación	Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato	
Nombre del veedor municipal o del corregimiento (personero municipal, inspector de policía, corregidor, líder de la comunidad, o líder indígena)	Cargo (personero o inspector, corregidor etc)	Firma del veedor	
En los municipios con un número mayor de 5 IPS o puntos de vacunación activos, se debe realizar un solo censo por el municipio, pero la firma correspondiente del personero			
Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.			



# 7



### ANEXO 8. ACTA DE INICIO DE UTILIZACIÓN DE LA VACUNA VOPb

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ESE: \_\_\_\_\_ IPS \_\_\_\_\_

Puesto de vacunación: \_\_\_\_\_

Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación	Cargo	Firma

Se certifica que el día 01 de mayo de 2016, a las 7 a.m. en el punto de vacunación, se encuentra disponible para su utilización la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (VOPb) .

Toda la población infantil menor de 6 años que acuda a partir de hoy al punto de vacunación para continuar su esquema de segundas, terceras dosis, primer refuerzo y segundo refuerzo contra la poliomielitis, recibirá la vacuna VOPb

Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación	Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato
Nombre del veedor municipal o del corregimiento (personero municipal, inspector de policía, corregidor, líder de la comunidad, o líder indígena)	Cargo (personero o inspector, líder etc)	Firma del veedor

En los municipios con un número mayor de 5 IPS o puntos de vacunación satélites, se debe realizar un acta consolidada del municipio, para la firma correspondiente del personero

Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.

# Diligenciar el Anexo # 8 UTILIZACIÓN VACUNA BIVALENTE

## Con fecha de 2 de mayo:

## 3 originales x IPS y 3 por la entidad general

Comprométete con tu ciudad

# 8



El usuario que llegue al sábado 30 de abril después de las 12 del medio día,  
A solicitar polio trivalente



**Deberá ser citado para el día  
lunes 2 de mayo  
e iniciar esquema completo  
con la nueva vacuna**

prométete con tu ciudad



# GRACIAS

---

Comprométete con tu ciudad