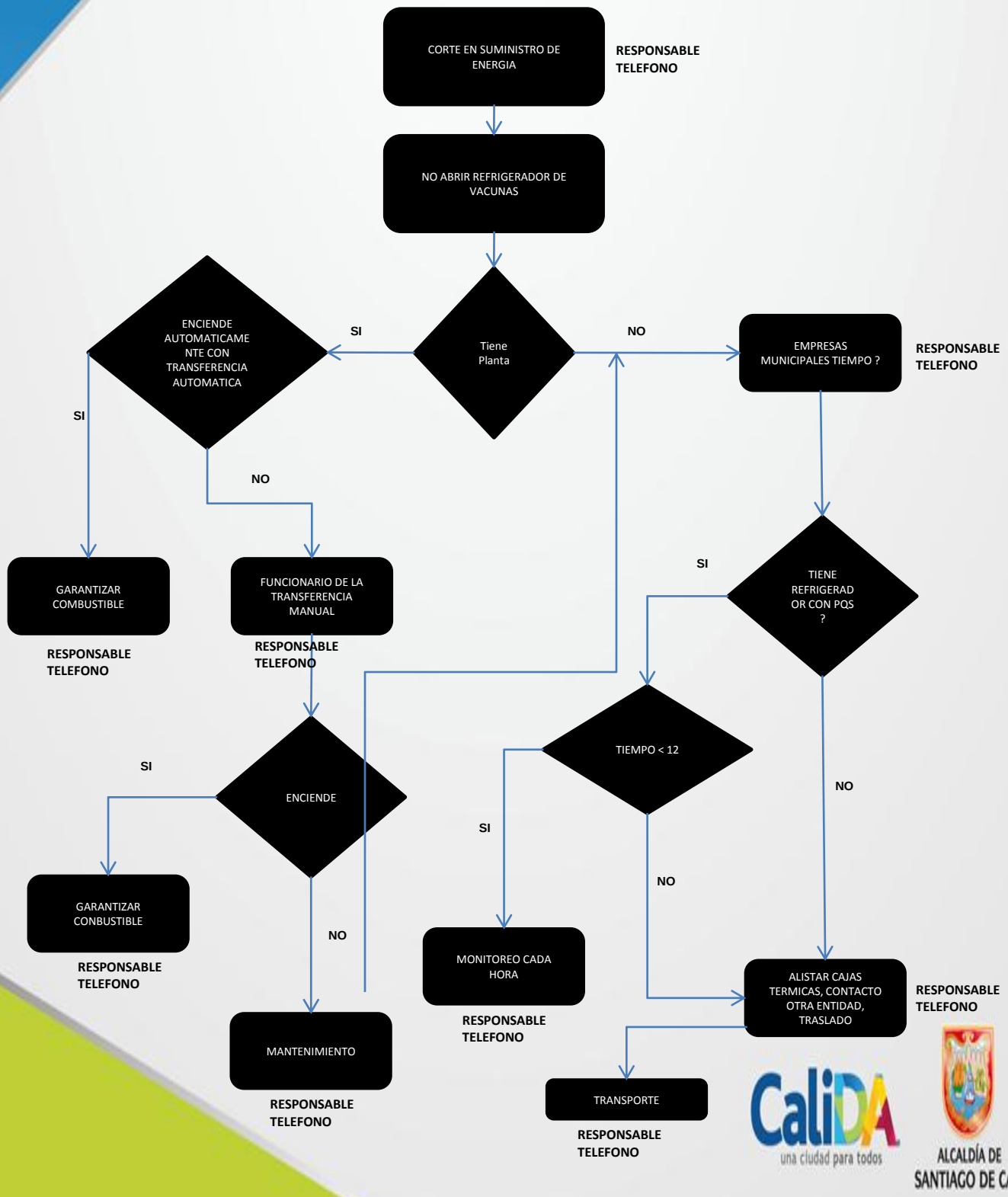
**MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**
**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA**
**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

## PLAN DE EMERGENCIA PARA LA INTERRUPCION DE LA CADENA DE FRIO EN LOS CENTROS DE VACUNACION

**Fecha :_____**
**Nombre de Institución _____EPS_____**
**Coordinador PAI :_____**
**Vacunador :_____**
**Responsable de la Vacuna :_____**
**Responsable de Mantenimiento de Nevera_____**
**Gerente Responsable :_____**

**CUANDO SE INTERRUMPE LA CORRIENTE ELECTRICA EL CENTRO DE VAUNAION USTED DEBE:**




CaliDA una ciudad para todos

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI