O DEL PROGRAMA PERMANENTE
, 60 a 71 meses

ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

Fecha de encuesta: 7 DIC

	Neumococo 2 (23)			Neumococo refuerzo (24)			Triple vira primera dosis (25)			Fiebre Amarilla (26)			Hepatitis A (27)			Varicela (28)			INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra (29)			INFLUENZA 7 a 11 meses 2da (30)		
	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
1																								
2	19	11	2024																					
3	06	05	2024																08	07	2024	08	08	2024
4	27	08	2024																					
5	07	02	2020	10	09	2020	10	09	2020	10	09	2020	10	09	2020	10	09	2020	25	06	2020	29	07	2020
6																								
7																								
8	21	08	2024																					
9	30	10	2023	02	07	2024	02	07	2024	02	07	2024	02	07	2024	02	07	2024						
10																								

	INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra (31)			INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da (32)			INFLUENZA de 12 a 23 meses Única (33)			Antipolio primer refuerzo (34)			Pentavalente o DPT primer refuerzo (35)			DPT segundo refuerzo (36)			Antipolio segundo refuerzo (37)			Triple viral refuerzo 2,3,4 5 años (38)			Varicela refuerzo (39)			¿Tiene el Esquema completo para la edad? (40)		Motivo de no vacunación (41)
	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	SI	NO	
1																												X		
2																												X		
3																												X		
4																												X		
5										13	04	2021	13	04	2021	11	09	2023	11	09	2023	25	05	2013	11	09	2023	X		
6																												X		
7																												X		
8																												X		
9	06	05	2024	12	06	2024																						X		
10																												X		

No hay biologico inf

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

RELACIONADOS CON LA LOGÍSTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA	RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO	RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA
1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador 2. Horario de vacunación restringido. 3. Largos tiempos de espera. 4. No habia vacunas o insumos. 5. Falta o perdida de carné de vacunación. 6. No afiliado. 7. Desconocimiento de la jornada. 8. Desconocimiento que las vacunas son gratis	9. Niño enfermo 10. Niño hospitalizado 11. Orden médica por enfermedad 12. Reacción adversa a dosis previas (leve, moderada o grave) 13. El médico dijo que tenia las vacunas completas 14. Peso menor a 2000 15. Anafilaxia a dosis previas (reacción alérgica grave que compromete la vida del niño)	16. Falta de tiempo del cuidador. 17. Rechazo de la vacunación 18. Porque tiene las vacunas completas

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

FORMATO 1. CONSOLIDACION DE DATOS DE BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA POR VIVIENDA

Municipio: Barrio/ vereda: I	Cabildo Gran de los Pastos		Año: 2024
Nombre del responsables de la BAC:	Leydi Rodriguez	Correo electrónico:	Fecha: 07 DIC
Evento:	Sarampión [ ] Rubéola [ ]	Parálisis Flácida Aguda [ ]	

Barrio/ Vereda	Número Consecutivo de vivienda	Número de personas en la vivienda	NÚMERO DE PERSONAS SEGÚN RANGOS DE EDAD						Total casos probables encontrados Parálisis Flácida	Total de muestras recolectadas	Total casos probables encontrados Sarampión / Rubeola	Total de muestras recolectadas	Total casos ingresados al Sivigila
			Menor de un mes	1 mes a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	25 a 34 años	35 y más					
Los Pastos	1	4	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Los Pastos	3	3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	4	4	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	5	5	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0
Los Pastos	6	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	7	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Los Pastos	9	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	10	4	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	11	5	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0
Los Pastos	12	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	13	5	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Los Pastos	15	6	0	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	16	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Los Pastos	18	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	19	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	20	4	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0
Los Pastos	21	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Los Pastos	22	5	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud

Formato 2. Búsqueda Activa Comunitaria de eventos de interés en salud pública por barrio o

Ciudad/ Municipio: Mocoa	**Barrio/Vereda:** Los Pastos
Fecha: 07 – DIC – 2024	
Responsable del llenado de este formato: Leydi Rodriguez	

# consecutivo de la vivienda	# total de personas	Dirección	Casos sospechosos/ probables (SÍ/NO)	Tipo de vivienda (EFECTIVA, NO EFECTIVA, NO EFECTIVA, RENUENTE, etc)
1	4	Los Pastos	NO	Efectivo
2	0	Los Pastos	NA	NE (No habitada)
3	3	Los Pastos	NO	Efectivo
4	4	Los Pastos	NO	Efectivo
5	5	Los Pastos	NO	Efectivo
6	2	Los Pastos	NO	Efectivo
7	3	Los Pastos	NO	Efectivo
8	0	Los Pastos	NA	NE (Cerrada)
9	2	Los Pastos	NO	Efectivo
10	4	Los Pastos	NO	Efectivo
11	6	Los Pastos	NO	Efectivo
12	3	Los Pastos	NO	Efectivo
13	5	Los Pastos	NO	Efectivo
14	0	Los Pastos	NA	(NE) (No habitada)
15	6	Los Pastos	NO	Efectivo
16	2	Los Pastos	NO	Efetivo
17	0	Los Pastos	NA	NE (cerrada)
18	3	Los Pastos	NO	Efectivo
19	2	Los Pastos	NO	Efetivo
20	4	Los Pastos	NO	Efectivo
21	2	Los Pastos	NO	Efectivo
22	5	Los Pastos	NO	Efectivo

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPORTUNIDAD Y ESQUEMA

Grupos de edad: 0 a 11 meses, 12 a 23 meses, 2

Departamento: Putumayo Municipio / localidad: Mocoa Barrio / centro poblado: Chipaco Manzana

Casa No.	Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento SI	Condición de desplazamiento NO	Etnia	Tiene carné SI	Tiene carné NO	Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta DD	Fecha de la encuesta MM	Fecha de la encuesta AA	Fecha de nacimiento DD	Fecha de nacimiento MM	Fecha de nacimiento AA	EDAD DD	EDAD MM	BCG DD	BCG MM	BCG AA	Hepatitis B (RN) DD	Hepatitis B (RN) MM	Hepatitis B (RN) AA	Antipolio 1 DD	Antipolio 1 MM	Antipolio 1 AA	Antipolio 2 DD	Antipolio 2 MM	Antipolio 2 AA	Antipolio 3 DD	Antipolio 3 MM	Antipolio 3 AA	Pentavalente o hexavalente 1 DD	Pentavalente o hexavalente 1 MM	Pentavalente o hexavalente 1 AA	Pentavalente o hexavalente 2 DD	Pentavalente o hexavalente 2 MM	Pentavalente o hexavalente 2 AA	Pentavalente o Hexavalente 3 DD	Pentavalente o Hexavalente 3 MM	Pentavalente o Hexavalente 3 AA	Rotavirus 1 DD	Rotavirus 1 MM	Rotavirus 1 AA	Rotavirus 2 DD	Rotavirus 2 MM	Rotavirus 2 AA	Neumoc 1 DD	Neumoc 1 MM
1	2	3					4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22	
1		William Gael Imbachi	1124868634	Maveily Imbachi	1126138295		S	AIC	X			X						20	03	19	68		29	03	19	29	03	19	23	05	19	23	03	19	01	10	19	23	05	19	23	07	19	01	10	19	23	05	19	23	03	19	23	05
2		Eren valentin ortiz	1120071815	Jhoyla Lanza	1037541	Nueva	S	Emsanar	X			X	X					22	09	19	61		22	10	19	22	10	19	13	01	20	13	03	20	13	06	20	13	01	20	13	03	20	13	06	20	13	01	20	13	03	20	13	01
3		Breiner damian Guancha	1120071798	Maria Naivaez	1124857158		S	AIC		X	1	X						10	09	19	63		10	8	19	10	8	19	15	10	19	16	01	20	13	05	20	15	10	19	16	01	20	13	05	20	15	10	19	16	01	20	15	10
4		Hans Daniel Bubano	1124868969	Sandra Guajibio	1006662884		S	AIC		X	1	X						30	10	19	61		31	10	19	31	10	19	03	01	20	05	03	20	05	05	20	03	01	20	05	03	20	04	05	20	03	01	20	05	03	20	03	01
5		Breyner Damian Guancha	1120071798	Maria Naivaez	1124857158		S	AIC		X	1	X						10	8	2019	63		10	8	19	10	8	19	15	10	19	16	01	20	13	05	20	15	10	19	16	01	20	13	05	20	15	10	19	16	01	20	15	10
6		Carla Maia Diaz lima	1124868825	Maria Gladys Limas	4114 5463		S	Nueva EPS		X		X						10	07	19	64		10	07	19	10	07	19	12	08	19	12	11	19	13	01	20	12	09	19	12	11	19	13	01	20	12	08	19	12	11	19	12	09
7		Elian yair gonsalez osorio	1124868976	Rudy osorio	1124867045		S	Emsanar		X		X						12	11	19	60		12	11	19	12	11	19	13	02	20	13	04	20	17	06	20	13	02	20	13	04	20	17	06	20	13	02	20	13	04	20	13	02
8		Juan Diego Arboleda Beltran	1120071816	Maria Arboleda	1124854307		S	mallama	X			X						11	09	19	62		12	09	19	12	09	19	12	11	19	13	01	20	12	04	20	12	11	19	13	01	20	12	04	20	12	11	19	13	01	20	12	11
9		Jhojan martin cordoba	1124868750	Doris Sanchez	1124855765		S	AIC		X		X						24	05	19	66		24	05	19	24	05	19	24	07	19	30	10	19	02	01	20	24	07	19	29	10	19	02	01	20	24	07	19	30	10	19	24	07
10		Betsy Hoyos	1124868522	Yolima Naivaez	1125183592		S	Emsanar		X		X						12	01	19	70		12	01	19	12	01	19	29	03	19	23	05	19	27	08	19	29	03	19	23	05	19	23	07	19	29	03	19	23	05	19	29	03

Nombre del encuestador: Angie Ramirez - Transitoria

Nombre del supervidor: Andrea Ayala

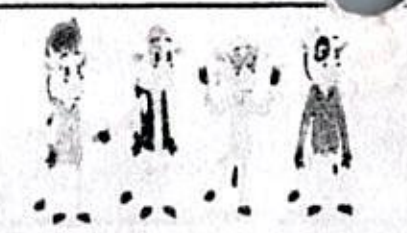
4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policia, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indigena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

9. Motivo de No tener carné
1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o vacunadora de la zona
4. Lo tiene familiar no disponible en el momento
5. Lo tiene la EPS al que está afiliado
6. Lo tiene la ESE o IPS que vacuna la zona
7. Se encuentra en el hogar infantil del ICBF o jardin
8. Lo tiene el programa familias en acción.
Sin dato

Dylan Emmanuel Fajardo

) DEL PROGRAMA PERMANENTE
, 60 a 71 meses



ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

Fecha de encuesta: Diciembre

	Neumococo 2 (23) DD	MM	AA	Neumococo refuerzo (24) DD	MM	AA	Triple vira primera dosis (25) DD	MM	AA	Fiebre Amarilla (26) DD	MM	AA	Hepatitis A (27) DD	MM	AA	Varicela (28) DD	MM	AA	INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra (29) DD	MM	AA	INFLUENZA 7 a 11 meses 2da (30) DD	MM	AA
19	23	07	19	21	03	20	21	03	20	21	03	20	21	03	20	21	03	20	24	06	20	24	08	20
20	13	03	20	30	10	20	30	10	20	30	10	20	30	10	20	30	10	20	26	07	21	26	08	21
19	16	01	20	11	08	20	11	08	20	11	08	20	11	08	20	11	08	20	13	05	20	03	07	20
20	05	03	20	03	11	20	03	11	20	03	11	20	03	11	20	03	11	20	30	06	20	10	08	20
19	16	01	20	11	08	20	11	08	20	11	08	20	11	08	20	17	08	20	13	05	20	03	07	20
19	12	11	19	13	07	20	13	07	20	13	07	20	13	07	20	13	07	20	16	06	20	17	07	20
20	13	04	20	13	11	20	13	11	20	13	11	20	13	11	20	13	11	20	17	06	20	22	07	20
19	27	01	20	16	09	20	16	09	20	16	09	20	16	09	20	16	09	20	26	06	20	13	08	20
19	30	10	19	28	05	20	28	05	20	28	05	20	28	05	20	28	05	20	24	06	20	06	08	20
19	23	05	19	03	02	20	03	02	20	03	02	20	03	02	20	03	02	20	23	07	19	17	09	19

Fila	INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra (31) DD	MM	AA	INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da (32) DD	MM	AA	INFLUENZA de 12 a 23 meses Única (33) DD	MM	AA	Antipolio primer refuerzo (34) DD	MM	AA	Pentavalente o DPT primer refuerzo (35) DD	MM	AA	DPT segundo refuerzo (36) DD	MM	AA	Antipolio segundo refuerzo (37) DD	MM	AA	Triple viral refuerzo 2,3,4 5 años (38) DD	MM	AA	Varicela refuerzo (39) DD	MM	AA	¿Tiene el Esquema completo para la edad? (40) SI	NO	Motivo de no vacunación (41)
1										01	10	20	01	10	20	20	03	24	19	03	24	20	03	24	20	03	24	x		
2										03	08	21	03	06	21	22	10	24	22	10	24	06	03	23	22	10	24	x		
3										29	05	21	29	05	21							26	08	2023				x	+	
4										10	05	21	10	05	21	28	11	24	28	11	24	15	03	23	28	11	24	x		
5										29	05	21	29	05	21							26	08	23				x		
6										13	01	21	13	01	20	10	07	24	10	07	24	23	03	23	10	07	24	x		
7										01	07	21	01	07	20	05	12	24	05	12	24	20	03	23	05	12	24	x		
8										13	09	21	13	09	21	17	09	24	17	09	24	20	03	23	17	09	24	x		
9										24	01	2021	14	01	21	26	05	24	24	05	24	24	03	23	24	05	24	+		
10										01	12	20	01	12	20	12	01	24	12	01	24	17	03	23	12	01	24	x		

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

RELACIONADOS CON LA LOGÍSTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

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

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación
18. Porque tiene las vacunas completas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPOI

Grupos de edad: 0

Departamento: putumayo Municipio / localidad: Mocoa Barrio / centro poblado: Cuparo

No. Conglomerado Casa No.	Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. Identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento SI	Condición de desplazamiento NO	Etnia	Tiene carné SI	Tiene carné NO	Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta DD	Fecha de la encuesta MM	Fecha de la encuesta AA	Fecha de nacimiento DD	Fecha de nacimiento MM	Fecha de nacimiento AA	EDAD DD	EDAD MM	BCG DD	BCG MM	BCG AA	Hepatitis B (RN) DD	Hepatitis B (RN) MM	Hepatitis B (RN) AA	Antipolio 1 DD	Antipolio 1 MM	Antipolio 1 AA	Antipolio 2 DD	Antipolio 2 MM	Antipolio 2 AA	Antipolio 3 DD	Antipolio 3 MM	Antipolio 3 AA	Pentavalente o hexavalente 1 DD	Pentavalente o hexavalente 1 MM	Pentavalente o hexavalente 1 AA	Pentavalente o hexavalente 2 DD	Pentavalente o hexavalente 2 MM	Pentavalente o hexavalente 2 AA
1	2	3					4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18		
	1	Valery Pamela Beltran	1020850671	Anyi Quesaquillo	100695 69 091		S	N EPS		X		X						21	03	22	28	02	21	03	22	21	03	22	27	05	22	30	08	22	01	11	22	29	08	22	30	08	22
	2	Santiago Emanuel Calcedo Ortiz	1124870017	Leidy Ortiz	100701 2201		S	Emss		X		X						17	05	22	2	31	17	05	22	17	05	22	25	08	22	25	10	22	17	12	22	25	08	22	25	10	22
	3	Eimy Abigail Maca Ortega	1124870041	Dana Ortega	108780 1186		S	Emss		X		X						08	06	22	9	30	09	06	22	09	06	22	08	08	22	08	10	22	12	12	22	08	08	22	08	10	22
	4	Gael Fernando Andrade Jojoa	1124870113	Dayana Yisel Jojoa	100666 3116		S	N EPS		X		X						23	06	22	20	29	23	06	22	23	06	22	27	09	22	23	01	23	05	06	23	27	09	22	23	01	23
	5	Kylian Arley Zambiano Cuellar	1124870262	Diana Cuellar	100413 4512		S	Emss		X		X						27	12	22	20	23	28	12	22	28	12	22	27	02	23	06	09	23	08	11	23	27	02	23	06	09	23
	6	Ian Alejandro Yate Lopez	1124870211	Luz Maly Lopez	107370 1771		S	N EPS		X		X						02	11	22	10	25	03	11	22	03	11	22	03	01	23	03	03	23	03	05	23	03	01	23	03	03	23
	7	Yeiner Gael Delgado Ruiz	1124870200	Yolima Ruiz	100701 2300		S	Emss		X		X						25	10	22	20	25	25	10	22	25	10	22	26	12	22	27	02	23	03	05	23	26	12	22	27	02	23
	8	Eliana Isabella Cancimance Guaca	1120072703	Yoleny Guevara	1124856 572		S	Emss		X		X						13	07	22	0	29	13	07	22	13	07	22	23	09	22	23	11	22	23	01	23	23	09	22	23	11	22
	9	Ian Gabriel Narvaez Alvarez	1124869941	Maria Narvaez	1124856 919		S	Emss		X		X						22	02	22	0	33	22	02	22	22	02	22	25	04	22	29	06	22	05	09	22	25	04	22	29	06	22
	10	Dana Sofia Vega Yacuro	1123212734	Mireya Yacuro	69023 474		S	Mallamas		X		X						28	02	21	15	33	28	02	22	28	02	22	02	05	22	06	07	22	14	09	22	02	05	22	06	07	22

Nombre del encuestador: Angie Ramirez - Tiannis Mena

Nombre del supervidor: Andrea Vela

4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policía, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indígena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

) Y ESQUEMA COMPLETO DEL PROGRAMA PERMANENTE
, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 60 a 71 meses



ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

Manzana: ____ Fecha de encuesta: Diciembre

	Pentavalente o Hexavalente3			Rotavirus 1			Rotavirus 2			Neumococo 1			Neumococo 2			Neumococo refuerzo			Triple viral primera dosis			Fiebre Amarilla			Hepatitis A			Varicela		
	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
	19			20			21			22			23			24			25			26			27			28		
	01	11	22	27	05	22	30	08	22	27	05	22	30	08	22	12	04	25	12	04	23	12	04	23	12	04	23	12	04	23
	27	12	22	25	08	22	25	10	22	25	08	22	17	05	23	17	05	23	17	05	23	17	05	23	17	05	23	17	05	23
	12	12	22	08	08	22	08	10	22	08	08	22	08	10	22	13	06	23	13	06	23	13	06	23	13	06	23	13	06	23
	05	06	23	27	09	22	23	01	23	27	09	22	23	01	23	27	06	23	27	06	23	27	06	23	27	06	23	27	06	23
	08	11	23	27	02	23	06	09	23	27	02	23	06	09	23	17	04	24	17	04	24	17	04	24	17	04	24	17	04	24
	03	05	23	03	01	23	03	03	23	03	01	23	03	03	23	02	11	23	02	11	23	02	11	23	02	11	23	02	11	23
	03	05	23	26	12	22	27	02	23	26	12	22	27	02	23	26	10	23	26	10	23	26	10	23	26	10	23	26	10	23
	23	01	23	23	09	22	23	11	22	23	09	22	23	11	22	17	07	23	17	07	23	17	07	23	17	07	23	17	07	23
	05	09	22	25	04	22	29	06	22	25	04	22	29	06	22	06	03	23	06	03	23	06	03	23	06	03	16	06	03	26
	14	09	22	02	05	22	06	07	22	02	05	22	06	07	22	02	03	23	02	03	23	02	03	23	02	03	23	02	03	23

INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra			INFLUENZA 7 a 11 meses 2da			INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra			INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da			INFLUENZA de 12 a 23 meses Única			Antipolio primer refuerzo			Pentavalente o DPT primer refuerzo			DPT segundo refuerzo			Antipolio segundo refuerzo			Triple viral refuerzo [illegible]			Varicela refuerzo			¿Tiene el Esquema completo para la edad?		Motivo de no vacunación
DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	SI	NO	
29			30			31			32			33			34			35			36			37			38			39			40		41
29	05	23	15	07	23										01	11	23	01	11	23							01	11	23						
															29	12	23	29	12	23															
						09	05	24							15	01	24	15	01	24							15	01	24						
27	06	23	19	10	23	18	06	24							18	06	24	18	06	24							18	06	24						
24	06	24	20	09	24																														
						03	05	24							03	05	24	03	05	24							03	05	24						
						08	05	24							08	05	24	08	05	24							08	05	24						
07	06	23	17	07	23	20	05	24							23	01	24	23	01	24							23	01	24						
26	08	23	03	10	23										23	09	23	23	09	23							23	09	23						
23	05	23	28	06	23										02	01	24	02	01	24							02	01	24						

9. Motivo de No tener carné

1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o vacunadora de la zona
4. Lo tiene familiar no disponible en el momento
5. Lo tiene la EPS al que está afiliado
6. Lo tiene la ESE o IPS que vacuna la zona
7. Se encuentra en el hogar infantil del ICBF o jardin
8. Lo tiene el programa familias en acción.
9. Sin dato

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

RELACIONADOS CON LA LOGISTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador
2. Horario de vacunación restringido.
3. Largos tiempos de espera.
4. No habia vacunas o insumos.
5. Falta o perdida de carné de vacunación.
6. No afiliado.
7. Desconocimiento de la jornada.

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación.
18. Porque tiene las vacunas completas



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPORTUNIDAD Y ESQU

Grupos de edad: 0 a 11 meses, 12 a 23 me

Departamento: Risaralda Municipio / localidad: Pereira Barrio / centro poblado: Chipre

Casa No.	Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. Identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento SI	Condición de desplazamiento NO	Etnia	Tiene carné SI	Tiene carné NO	Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta DD	Fecha de la encuesta MM	Fecha de la encuesta AA	Fecha de nacimiento DD	Fecha de nacimiento MM	Fecha de nacimiento AA	EDAD DD	EDAD MM	BCG DD	BCG MM	BCG AA	Hepatitis B (RN) DD	Hepatitis B (RN) MM	Hepatitis B (RN) AA	Antipolio 1 DD	Antipolio 1 MM	Antipolio 1 AA	Antipolio 2 DD	Antipolio 2 MM	Antipolio 2 AA	Antipolio 3 DD	Antipolio 3 MM	Antipolio 3 AA	Pentavalente o hexavalente 1 DD	Pentavalente o hexavalente 1 MM	Pentavalente o hexavalente 1 AA	Pentavalente o hexavalente 2 DD	Pentavalente o hexavalente 2 MM	Pentavalente o hexavalente 2 AA	Pentavalente o Hexavalente3 DD	Pentavalente o Hexavalente3 MM	Pentavalente o Hexavalente3 AA	Rotavirus 1 DD	Rotavirus 1 MM	Rotavirus 1 AA
1	2	3					4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18			19			20		
	1	Dayron Santiago Alvarado	1124868818	Maritza Alvarado	1124862342		S	Emssanar		X		X						30	06	19	6	5	01	07	19	01	07	19	09	09	19	18	11	19	19	02	20	09	09	19	18	11	19	10	02	20	09	09	19
	2	Samuel Matias Santander	1124868828	Hilly Ortega	1083873379		C	Nueva EPS		X		X						30	06	19	6	5	30	06	19	30	06	19	30	09	19	19	11	19	21	01	20	30	09	19	19	11	19	21	01	20	30	09	19
	3	ALEF zaid Wilches Bating	1124869003	Bellanibe Bating	1124851200		S	Emssanar		X		X						23	11	19	6	0	23	11	19	23	11	19	24	01	20	27	08	20	03	07	20	21	01	20	27	04	20	03	07	20	21	01	20
	4	Mathias David Ortuño	6056704 ptt	Maria Ortuño	2566 4770		S	Emssanar		X		X						29	09	19	6	2	29	09	19	29	09	19	20	11	19	20	01	20	20	04	20	29	11	19	29	01	20	29	04	20	29	11	19
	5	Maithe Salome Bolaños	1120071358	Nicoll Correa	1006946685		S	Nueva EPS		X		X						18	10	19	6	1	19	10	19	19	10	19	19	12	19	19	02	20	05	05	20	19	12	19	19	02	20	05	05	20	19	12	19
	6	Alis Luciana Viveros	11233194921	Aleyda Cuenan	1124853503		S	Emssanar		X		X						31	06	19	6	4	31	06	19	31	06	19	05	08	19	31	10	19	31	12	19	05	08	19	31	10	19	31	12	19	05	08	19
	7	Keiner Rodriguez	1123861483	MARTHA SANCHEZ	1093665643		S	EPS		X	6	X						17	01	22	7	1	17	02	22	17	02	22	15	03	22	16	06	22	10	08	22	15	03	22	16	06	22	10	08	22	15	03	22
	8	Melanie Sanchez	1035937839.	Sandra Katherine	1075251421		C	Sanitas		X	6	X						17	11	19	6	1	18	11	19	06	02	20	21	03	20	16	10	20	26	07	20	16	10	20	21	03	20	26	07	20	16	10	20
	9	LAIA MARIA TAMAYO	1124869105	YURI PATIÑO	1124855005		S	EMSS		X	6	X						04	09	22	7	2	04	09	22	04	09	22	09	11	22	17	01	23	17	07	23	09	11	22	17	01	23	17	07	23	09	11	22
	10	YOAH JERONIMO JARAMILLO	1124870377	LINA ESCOBAR	1117556492		S	E.P.S		X	6	X						16	04	22	7	2	16	04	22	16	04	22	06	08	22	22	08	22	22	08	22	06	08	22	22	08	22	25	10	22	26	11	22

Nombre del encuestador: Angie Ramirez Transito Mana

Nombre del supervidor: Andrea Vela.

4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policia, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indigena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

9. Motivo d
1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o v
4. Lo tiene familiar no dispo
5. Lo tiene la EPS al que es
6. Lo tiene la ESE o IPS que
7. Se encuentra en el hogar
8. Lo tiene el programa fam
Sin dato

EMA COMPLETO DEL PROGRAMA PERMANENTE

ses, 24 a 35 meses, 60 a 71 meses



ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

___ Manzana: ___ Fecha de encuesta: Diciembre

Rotavirus 2	Neumococo 1	Neumococo 2	Neumococo refuerzo	Triple vira primera dosis	Fiebre Amarilla	Hepatitis A	Varicela	INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra	INFLUENZA 7 a 11 meses 2da	INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra	INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da	INFLUENZA de 12 a 23 meses Única	Antipolio primer refuerzo	Pentavalente o DPT primer refuerzo	DPT segundo refuerzo	Antipolio segundo refuerzo	Triple viral refuerzo 24 A 5 años	Varicela refuerzo	¿Tiene el Esquema completo para la edad?		Motivo de no vacunación
DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	SI	NO	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		41
18 11 19	08 09 19	18 11 19	26 8 20	26 8 20	26 8 20	26 8 20	26 8 20	12 07 21	1 1				19 02 21	19 02 21	03 07 24	03 07 24	07 03 23	03 07 24	X		
19 11 19	30 09 19	19 11 19	03 07 20	03 07 20	03 07 20	03 07 20	03 07 20	03 07 20	06 8 20				21 01 21	21 01 21	22 07 24	22 07 24	23 05 23	22 07 24	X		
27 08 20	24 01 20	27 08 20	25 11 20	25 11 20	25 11 20	25 11 20	25 11 20	03 07 20	13 8 20				07 07 21	07 07 21	02 12 24	02 12 24	29 06 23		X		
29 01 20	29 11 19	23 09 20	23 09 20	23 09 20	23 09 20	23 09 20	23 09 20	7 8 21	9 09 21				29 01 21	29 01 21	17 10 24	17 10 24	15 05 23	17 10 24	X		
19 02 20	19 12 20	19 02 20	29 10 20	29 10 20	29 10 20	29 10 20	29 10 20	24 08 20	27 07 20				05 05 21	05 05 21	22 10 24	22 10 24	21 04 23	22 10 24	X		
3 10 19	5 8 19	3 10 19	01 07 20	01 07 20	01 07 20	01 07 20	01 07 20	26 05 20	01 07 20				27 12 20	27 12 20	21 06 24	21 06 24	8 05 23	21 06 24	X		
16 06 22	15 08 22	16 06 22	23 03 22	27 07 22	27 07 22	27 07 22	27 07 22	19 06 22					17 09 22	17 09 22	12 24	12 24	16 06 23	12 24			
7 2 20	06 07 20	7 2 20	2 22	2 22	2 22	2 22	2 22	16 10 20					10 05 24	18 07 22			19 07 24				
31 27 22	04 11 22	31 27 22	05 09 23	05 09 23	05 09 23	05 09 23	05 09 23	07 06 24					16 04 24	22 10 24			16 04 24				

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

e No tener carné

acunadora de la zona
nible en el momento
tá afiliado
e vacuna la zona
infantil del ICBF o jardín
ilias en acción. 9.

RELACIONADOS CON LA LOGÍSTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

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

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación
18. Porque tiene las vacunas completas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPOI

Grupos de edad: 0

Departamento: Risaralda Municipio / localidad: Mocoa Barrio / centro poblado: Chiparos

No. Conglomerado Casa No.	Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. Identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento SI	Condición de desplazamiento NO	Etnia	Tiene carné SI	Tiene carné NO	Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta DD	Fecha de la encuesta MM	Fecha de la encuesta AA	Fecha de nacimiento DD	Fecha de nacimiento MM	Fecha de nacimiento AA	EDAD DD	EDAD MM	BCG DD	BCG MM	BCG AA	Hepatitis B (RN) DD	Hepatitis B (RN) MM	Hepatitis B (RN) AA	Antipolio 1 DD	Antipolio 1 MM	Antipolio 1 AA	Antipolio 2 DD	Antipolio 2 MM	Antipolio 2 AA	Antipolio 3 DD	Antipolio 3 MM	Antipolio 3 AA	Pentavalente o hexavalente 1 DD	Pentavalente o hexavalente 1 MM	Pentavalente o hexavalente 1 AA	Pentavalente o hexavalente 2 DD	Pentavalente o hexavalente 2 MM	Pentavalente o hexavalente 2 AA
1	2	3					4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18		
	1	KYLER ADRIAN CANOR OSORIO	1125414697	YAIFAR OSORIO	1123902599		S	EPS		X	6	X						29	05	24	20	6	29	05	24	29	05	24	29	06	24	02	10	24				29	07	24	02	10	24
	2	Maryan Isabel Delgado Rosero	1124870781	Stella Rosero	1124862785		S	Emss		X	6	X						07	06	24	12	6	07	08	24	07	08	24	08	08	24	10	10	24				08	08	24	10	10	24
	3	Thiago Alejandro Moreno Solis	1120973033	Aura Solis Lopez	1086135657		S	Emso		X	6	X						08	08	24	13	4	08	08	24	08	08	24	09	12	24							03	10	24	08	12	24
	4	MARIA JOSE BERRIOA	1030085875	MARIA BERRIOA	1120098499		S	Emsl		X	6	X						17	02	22		54	18	02	22	19	02	22	21	04	22	27	03	22				18	4	22	21	06	22
	5	ANA LUCIA BOLAÑOS QUIÑONES	1063820371	ANGELA QUIÑONES	1063816741		S	F.G.P		X	6	X						22	05	23		15	24	05	23	24	05	23	27	10	23	02	01	24	02	07	24	23	10	23	02	01	24
	6	THIAGO ALEJANDRO ARANGO	1030084195	MERCY CEBALLOS	1085702999		S	EPS		X	6	X						30	05	22		15	04	05	23	26	05	23	02	11	23	5	01	24	10	07	24	02	11	23	4	01	24
	7	SHANELL PULIDO	1124870373	JUKLIP CHILITOS	6954.441		S	MALAMAS		X	6	X						08	04	23		19	17	04	23	17	04	23	08	06	23	14	30	23	14	10	23	08	06	23	14	08	23
	8	DAIRA CAMILA MEZTIZO	1124870045	NELLY VILLAMIL	1124860619		S	Emss.		X	6	X						29	05	22		20	30	05	22	30	05	22	01	08	22	7	10	22	21	12	22	01	08	22	7	10	22
	9	CELESTE SALOME DELGADO	1124870129	LISETH PALIP	1006997325		S	Emss		X	6	X						31	07	22		27	31	07	22	31	07	22	04	10	22	09	12	22	09	02	23	04	10	22	09	12	22
	10	ZOE ALIMA CASAMUA	1030083981	NATHALIA MUÑOZ	1124860223		C	EPS		X	6	X						12	12	22		11	12	12	22	11	12	22	11	02	23	12	04	23	21	08	23	11	02	23	12	04	23

Nombre del encuestador: Angie Ramirez - Transito Mena

Nombre del supervidor: Andrea Yela

4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policia, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indigena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

) Y ESQUEMA COMPLETO DEL PROGRAMA PERMANENTE
, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 60 a 71 meses

ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

Manzana: ____ Fecha de encuesta: Diciembre

	Pentavalente o Hexavalente3 (19)			Rotavirus 1 (20)			Rotavirus 2 (21)			Neumococo 1 (22)			Neumococo 2 (23)			Neumococo refuerzo (24)			Triple vira primera dosis (25)		
	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
1				29	07	24	02	10	24	29	07	24	02	10	24						
2				08	08	24	10	10	24	08	08	24	10	10	24						
3				07	10	24	09	12	24	07	10	24	09	12	24						
4	27	08	22	18	4	22	21	06	22	18	4	22	21	06	22	17	02	23	17	02	23
5	07	07	24	27	10	23	02	01	24	27	10	23	02	01	24	26	08	24	26	08	24
6	18	07	24	07	11	23	9	01	24	07	11	23	9	01	24	05	04	24	07	04	24
7	14	10	23	06	06	23	14	06	23	06	06	23	14	08	23	09	04	24	09	04	24
8	21	12	22	01	08	22	5	10	22	01	08	22	5	10	22	5	06	23	5	06	23
9	09	2	23	04	10	22	04	12	22	04	10	22	09	12	22	01	08	23	01	08	23
10	21	06	23	11	02	23	18	04	23	11	01	23	18	04	23	20	12	23	20	12	23

	Fiebre Amarilla (26)			Hepatitis A (27)			Varicela (28)			INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra (29)			INFLUENZA 7 a 11 meses 2da (30)			INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra (31)			INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da (32)		
	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
1																					
2																					
3																					
4	17	2	23	17	2	23	17	02	23	25	06	23	08	9	23						
5	26	08	24	26	08	24	26	08	24	14	05	24	14	06	24						
6	07	04	24	07	04	24	07	05	24	06	05	24	07	06	24						
7	05	04	24	09	04	24	09	04	24	23	04	24	10	06	24						
8	5	06	23	05	06	23	05	06	23	06	05	24									
9	01	08	23	01	08	23	01	08	23							06	06	24			
10	20	12	23	20	12	23	20	12	23	21	06	23	25	07	23	21	06	24			

	INFLUENZA de 12 a 23 meses Única (33)			Antipolio primer refuerzo (34)			Pentavalente o DPT primer refuerzo (35)			DPT segundo refuerzo (36)			Antipolio segundo refuerzo (37)			Triple viral refuerzo (38)			Varicela refuerzo (39)			¿Tiene el Esquema completo para la edad? (40)		Motivo de no vacunación (41)
	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	SI	NO	
1																								
2																								
3																								
4				25	08	23	25	08	23							25	08	23						
5																								
6																								
7				17	10	24	17	10	24							17	10	24						
8				21	12	23	21	12	23							21	12	23						
9				09	02	24	04	02	24							05	02	24						
10				21	06	24	21	06	24							21	06	24						

9. Motivo de No tener carné

1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o vacunadora de la zona
4. Lo tiene familiar no disponible en el momento
5. Lo tiene la EPS al que está afiliado
6. Lo tiene la ESE o IPS que vacuna la zona
7. Se encuentra en el hogar infantil del ICBF o jardin
8. Lo tiene el programa familias en acción. 9. Sin dato

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

RELACIONADOS CON LA LOGISTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador
2. Horario de vacunación restringido.
3. Largos tiempos de espera.
4. No habia vacunas o insumos.
5. Falta o perdida de carné de vacunación.
6. No afiliado.
7. Desconocimiento de la jornada.

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación.
18. Porque tiene las vacunas completas



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPORTUNIDAD Y ESQU

Grupos de edad: 0 a 11 meses, 12 a 23 me

Departamento: Putumayo Municipio / localidad: Mocoa Barrio / centro poblado: Chipaos

Casa No.	Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. Identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento SI	Condición de desplazamiento NO	Etnia	Tiene carné SI	Tiene carné NO	Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta DD	Fecha de la encuesta MM	Fecha de la encuesta AA	Fecha de nacimiento DD	Fecha de nacimiento MM	Fecha de nacimiento AA	EDAD DD	EDAD MM	BCG DD	BCG MM	BCG AA	Hepatitis B (RN) DD	Hepatitis B (RN) MM	Hepatitis B (RN) AA	Antipolio 1 DD	Antipolio 1 MM	Antipolio 1 AA	Antipolio 2 DD	Antipolio 2 MM	Antipolio 2 AA	Antipolio 3 DD	Antipolio 3 MM	Antipolio 3 AA	Pentavalente o hexavalente 1 DD	Pentavalente o hexavalente 1 MM	Pentavalente o hexavalente 1 AA	Pentavalente o hexavalente 2 DD	Pentavalente o hexavalente 2 MM	Pentavalente o hexavalente 2 AA	Pentavalente o Hexavalente3 DD	Pentavalente o Hexavalente3 MM	Pentavalente o Hexavalente3 AA	Rotavirus 1 DD	Rotavirus 1 MM	Rotavirus 1 AA
1	2	3					4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18			19			20		
1		Draily Xareni Chaim60	1124868 916	edilma mahecha	40082 173		S	mallama	X			X						27	09	19	02		22	09	19	22	09	19	27	11	19	13	02	20	25	05	20	27	11	19	13	02	20	25	05	20	27	11	19
2		Hanna Vargas Rondon	1125185 716	Nury Rondon	1083911 352		S	Emssanar		X		X						14	08	2019	03		14	08	19	14	08	19	16	09	19	12	09	19	20	09	19	16	10	19	17	12	19	24	07	20	26	10	19
3		Samuel Isaac Tobay	1124868 966	Ana carvajal	1124866 850		S	Emssanar										23	10	19	01		23	10	19	23	10	19	22	12	19	20	09	20	24	07	20	23	12	19	20	09	20	24	07	20	25	12	19
4		Mally Salome Carvajal Montilla	1120071 848	Geni Carvajal Montilla	100666 3389		S	AIC		X	1	X						10	10	19	01		10	10	19	10	10	19	10	12	19	07	09	20	17	07	20	10	12	19	17	07	20	17	07	20	10	12	19
5		Paula Andrea Medicis	1124868 792	Nohayda Cuyato	1124867 906		S	Emssanar	X			X						10	06	19	02		11	06	19	11	06	19	28	08	19	11	09	20	28	08	20	11	12	19	21	07	20	28	08	20	28	08	19
6		Jordan Leandro Arteaga	1120071 864	Luisa Diaz	100366 3668		S	Emssanar		X		X						12	10	19	01		12	10	19	12	10	19	12	11	19	07	09	20	24	07	20	12	12	19	17	07	20	24	07	20	12	12	19
7		Sareth Alejandra Serna	1124868 958	Aura Arcos	100694 7846		S	AIC		X		X						17	10	19	01		17	10	19	17	10	19	03	02	20	05	09	20	05	08	20	03	02	20	05	05	20	05	08	20	03	02	20
8		Jordan Leandro Arteaga	1120071 864	Luisa Diaz	100366 3668		S	Emssanar		X		X						12	10	19	01		12	10	19	12	10	19	12	11	19	07	09	20	24	07	20	12	12	19	17	09	20	24	07	20	12	12	19
9		Paula Martinez Quiñones	1124868 835	Deici Pamba	1124858 517		S	AIC		X		X						22	10	19	01		23	10	19	23	10	19	22	11	19	15	11	19	25	11	19	13	09	19	25	11	19	25	11	19	23	09	19
10		Yiselli Victoria Machado	1089639 251	Danelly Tovar	1117958 3099		S	Emssanar	X			X						27	09	19	01		26	09	19	27	09	19	03	09	19	11	09	19	21	10	20	03	09	19	07	11	19	21	10	20	03	09	19

Nombre del encuestador: Angie Ramirez - Tanvito Mena

Nombre del supervidor: Andrea Yela.

4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policia, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indigena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

9. Motivo d
1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o v
4. Lo tiene familiar no dispo
5. Lo tiene la EPS al que es
6. Lo tiene la ESE o IPS qu
7. Se encuentra en el hogar
8. Lo tiene el programa fam
Sin dato

EMA COMPLETO DEL PROGRAMA PERMANENTE

ses, 24 a 35 meses, 60 a 71 meses



ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

___ Manzana: ___ Fecha de encuesta: Diciembre

Rotavirus 2	Neumococo 1	Neumococo 2	Neumococo refuerzo	Triple vira primera dosis	Fiebre Amarilla	Hepatitis A	Varicela	INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra	INFLUENZA 7 a 11 meses 2da	INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra	INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da	INFLUENZA de 12 a 23 meses Única	Antipolio primer refuerzo	Pentavalente o DPT primer refuerzo	DPT segundo refuerzo	Antipolio segundo refuerzo	Triple viral refuerzo 5 a 6 años	Varicela refuerzo	¿Tiene el Esquema completo para la edad?		Motivo de no vacunación
DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	DD MM AA	SI	NO	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		41
13 02 20	22 11 19	13 02 20	24 09 20	24 09 20	24 09 20	24 09 20	24 09 20	21 09 20	8 11 21				22 05 21	22 05 21	17 10 24	17 10 24	17 05 24	17 10 24	X		
17 12 19	16 10 19	17 12 19	24 8 20	24 8 20	24 8 20	24 8 20	24 8 20	24 09 20	24 8 20				04 03 21	04 03 21	26 8 24	26 8 24	01 06 23	26 08 24	X		
04 02 20	23 12 19	24 02 20	26 10 20	26 10 20	26 10 20	26 10 20	26 10 20	7 02 20	11 09 20				28 02 21	28 04 21	24 10 24	24 10 24	8 03 23	24 10 24	X		
12 02 20	10 12 19	12 02 20	13 10 20	13 10 20	13 10 20	13 10 20	13 10 20	19 06 20	17 8 20				19 04 21	19 04 21	11 10 24	11 10 24	04 04 23	11 10 24	X		
11 12 19	28 08 19	11 12 19	04 06 20	04 06 20	04 06 20	04 06 20	24 06 20	24 06 20	06 08 20				23 02 21	23 02 21	18 06 24	18 06 24	01 06 23	18 06 24	X		
12 02 20	12 12 19	12 02 20	15 10 20	15 10 20	15 10 20	15 10 20	16 10 20	17 06 20	03 08 20				30 04 21	30 04 21	30 10 24	30 10 24	28 04 23	30 10 24	X		
05 05 20	3 2 20	05 05 20	20 10 20	20 10 20	29 10 20	20 10 20	29 10 20	9 8 21	9 09 21				9 8 21	9 8 21	20 16 24	30 10 24	16 06 23	30 10 24	X		
12 07 20	12 12 19	12 07 20	05 10 20	5 10 20	5 10 20	6 10 20	5 10 20	17 06 20	17 07 20				30 04 21	30 04 21	30 10 24	30 10 24	28 04 23	30 10 24	X		
15 11 19	23 09 19	15 11 19	03 08 20	3 8 20	3 8 20	3 8 20	3 8 20	25 06 20	29 3 20				25 01 21	25 01 21	23 07 24	23 07 24	2 06 23	23 07 24	X		
7 11 19	3 9 19	7 11 19																			

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

e No tener carné

acunadora de la zona
nible en el momento
tá afiliado
e vacuna la zona
infantil del ICBF o jardín
ilias en acción. 9.

RELACIONADOS CON LA LOGÍSTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

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

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación
18. Porque tiene las vacunas completas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPOI

Grupos de edad: 0

Departamento: Plmup Municipio / localidad: NAICA Barrio / centro poblado: Chipaus

No. Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. Identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento SI	Condición de desplazamiento NO	Etnia	Tiene carné SI	Tiene carné NO	Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta DD	Fecha de la encuesta MM	Fecha de la encuesta AA	Fecha de nacimiento DD	Fecha de nacimiento MM	Fecha de nacimiento AA	EDAD DD	EDAD MM	BCG DD	BCG MM	BCG AA	Hepatitis B (RN) DD	Hepatitis B (RN) MM	Hepatitis B (RN) AA	Antipolio 1 DD	Antipolio 1 MM	Antipolio 1 AA	Antipolio 2 DD	Antipolio 2 MM	Antipolio 2 AA	Antipolio 3 DD	Antipolio 3 MM	Antipolio 3 AA	Pentavalente o hexavalente 1 DD	Pentavalente o hexavalente 1 MM	Pentavalente o hexavalente 1 AA	Pentavalente o hexavalente 2 DD	Pentavalente o hexavalente 2 MM	Pentavalente o hexavalente 2 AA
1	2	3				4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18		
1	Zarathalia Lopez Gomez	1125414455	America Gomez	1125911 362		S	Emss		X	6	X						17	11	22	0	25	17	11	22	17	11	22	30	01	23	31	03	23	06	06	23	30	01	23	31	03	23
2	Jheicob Javer Salas Morales	1030083939	Angie Morales	1120066 721		S	Emss		X	6	X						26	09	22	0	26	26	09	22	26	09	22	26	11	22	26	01	23	27	03	23	26	11	22	26	01	23
3	LUNER FABIAN BELLO	1030083899	ALBARIS CALDERON	4893 343		S	EMSS		X	6	X						08	03	22		26	08	03	22	08	03	22	10	10	22	12	12	22	17	07	23	10	10	22	17	12	22
4	Ariana valentina vacca Jurado	1124870269	Maria Jurado	1124[illegible]861 273		S	Emsan	X	X	6	X						01	01	23	0	23	02	01	23	02	01	23	02	03	23	02	05	23	07	07	23	02	03	23	02	05	23
5	ANA PAULA RUEDA	1120072881	LAURA ACOSTA	1076 247069		S	EPS		X	6	X						28	08	22		15	30	9	22	30	8	22	1	11	22	1	1	24	4	05	24	1	1	23	1	1	24
6	EMILI SAMAI VERGARA	1120072898	YURI FAJARDO	1124[illegible] 55722		S	EMSS		X	6	X						22	10	22		13	22	10	22	22	10	22	27	12	22	27	12	24	27	04	24	27	12	23	27	12	24
7	JHUAN FELIPE PERAGUS.	1124870458	JACQUELINE WAMANILLA	100695 36441		SP	EPS		X	1	X						21	06	22		13	22	06	22	22	06	22	27	08	22	27	10	23	27	12	23	29	02	23	27	10	23

Nombre del encuestador: Angie Ramirez - Franjito Mena.

Nombre del supervidor: Andrea Vela.

4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policía, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indígena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

) Y ESQUEMA COMPLETO DEL PROGRAMA PERMANENTE

, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 60 a 71 meses



ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

Manzana: ____ Fecha de encuesta: Diciembre

Pentavalente o Hexavalente3			Rotavirus 1			Rotavirus 2			Neumococo 1			Neumococo 2			Neumococo refuerzo			Triple viral primera dosis			Fiebre Amarilla			Hepatitis A			Varicela		
DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
19			20			21			22			23			24			25			26			27			28		
06	06	23	30	01	23	31	03	23	30	01	23	31	03	23	20	11	23	20	11	23	20	11	23	20	11	23	20	11	23
27	03	23	26	11	22	26	01	23	26	11	22	26	01	23	02	10	23	02	10	23	02	10	23	02	10	23	02	10	23
11	02	23	10	10	22	12	12	22	10	10	22	12	12	22	09	08	23	09	08	23	09	08	23	09	08	23	09	08	23
04	07	23	02	03	23	02	05	23	02	03	23	02	05	23	09	01	24	09	01	24	09	01	24	09	01	24	09	01	24
4	07	24	1	11	23	1	1	24	1	11	23	1	01	24	06	09	24	06	09	24	06	09	24	06	09	24	06	09	24
23	4	23	23	12	23	23	02	24	23	12	23	23	02	24	6	11	24	6	11	24	6	11	24	6	11	24	6	11	24
23	12	23	22	06	23	23	12	23	22	06	23	23	12	23	24	06	24	24	06	24	24	06	24	24	06	24	24	06	24

INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra			INFLUENZA 7 a 11 meses 2da			INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra			INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da			INFLUENZA de 12 a 23 meses Única			Antipolio primer refuerzo			Pentavalente o DPT primer refuerzo			DPT segundo refuerzo			Antipolio segundo refuerzo			[redacted]			Varicela refuerzo			¿Tiene el Esquema completo para la edad?		Motivo de no vacunación
DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	SI	NO	
29			30			31			32			33			34			35			36			37			38			39			40		41
06	06	23	13	07	23	07	05	24							22	05	24	22	05	24							22	05	24						
						12	06	24							09	04	24	09	04	24							08	04	24						
															17	02	24	17	02	24							17	02	24						
04	07	23	04	08	23	30	04	24							5	07	24	5	07	24							5	07	24						
14	5	24	25	6	24																														
3	07	24																																	
09	05	24	11	06	24																														

9. Motivo de No tener carné

1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o vacunadora de la zona
4. Lo tiene familiar no disponible en el momento
5. Lo tiene la EPS al que está afiliado
6. Lo tiene la ESE o IPS que vacuna la zona
7. Se encuentra en el hogar infantil del ICBF o jardin
8. Lo tiene el programa familias en acción.
9. Sin dato

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

RELACIONADOS CON LA LOGISTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador
2. Horario de vacunación restringido.
3. Largos tiempos de espera.
4. No habia vacunas o insumos.
5. Falta o perdida de carné de vacunación.
6. No afiliado.
7. Desconocimiento de la jornada.

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación
18. Porque tiene las vacunas completas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

12-23

215 rv

EVALUACIÓN DE COBERTURA, OPOI

Grupos de edad: 0

Departamento: Putumayo Municipio / localidad: Mocoa. Barrio / centro poblado: Chipaco.

No. Conglomerado Casa No.	Consecutivo	Nombre completo del niño o niña	No. Identificación del Niño	nombre dela madre o el cuidador del niño	No. identificación del madre	Dirección donde capto el niño	Régimen	Aseguradora	Condición de desplazamiento		Etnia	Tiene carné		Motivo de no tener el carné	Fecha de la encuesta			Fecha de nacimiento			EDAD		BCG			Hepatitis B (RN)			Antipolio 1			Antipolio 2			Antipolio 3			Pentavalente o hexavalente 1			Pentavalente o hexavalente 2		
									SI	NO		SI	NO		DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
1	2	3					4	5	6		7	8		9				10			11		12			13			14			15			16			17			18		
1		Nathan Alexis Perez Obando	1080072869	Magna Obando	1124851655		S	N. EPS		X		X						14	06	22	0	30	15	06	22	15	06	22	18	08	22	18	10	22	21	12	22	18	07	22	18	10	22
2		Maria Jose Becerra Narvaez	1030085825	Maria jose Becerra.	1120098499		S	Emss		X		X						17	02	22	0	34	18	02	22	18	02	22	18	04	22	21	06	22	22	08	22	18	04	22	21	06	22
3		Zara Thalia lopez Gomez	1125414455	America Gomez	1125411362		S	Emss		X		X						17	11	22	0	26	19	11	22	12	11	22	30	01	23	31	03	23	06	06	23	30	01	23	31	03	23
4		Alan Stiven Martinez lopez	1125414508	Leidy lopez	108524 8278		S	Emss		X		X						09	03	23	0	21	09	03	23	09	03	23	08	05	23	09	07	23	09	07	23	08	05	23	09	07	23

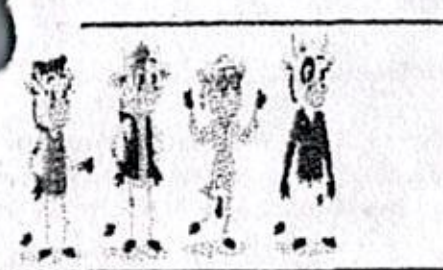
Nombre del encuestador: Angie Ramirez - Transito Mena.

Nombre del supervidor: Andrea Yela.

4. Régimen
C: contributivo
S: subsidiado
NA: No afiliado
E: especial (FF. militares, policía, Ecopetro, magisterio)

7. Etnia
1. Indígena
2. ROM - Gitano
3. Raizal
4.Palenquero
5.Afrocolombiano
6.Otros

) Y ESQUEMA COMPLETO DEL PROGRAMA PERMANENTE
, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 60 a 71 meses



ESPACIO PARA EL DISTINTIVO DE MUNICIPIO

Manzana: ____ Fecha de encuesta: Diciembre

Pentavalente o Hexavalente3			Rotavirus 1			Rotavirus 2			Neumococo 1			Neumococo 2			Neumococo refuerzo			Triple vira primera dosis			Fiebre Amarilla			Hepatitis A			Varicela			INFLUENZA 6 a 11 meses 1ra			INFLUENZA 7 a 11 meses 2da			INFLUENZA de 12 a 23 meses 1ra			INFLUENZA de 12 a 23 meses 2da			INFLUENZA de 12 a 23 meses Única			Antipolio primer refuerzo			Pentavalente o DPT primer refuerzo			DPT segundo refuerzo			Antipolio segundo refuerzo			Triple viral refuerzo 2 a 5 años			Varicela refuerzo			¿Tiene el Esquema completo para la edad?		Motivo de no vacunación
DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	SI	NO	
19			20			21			22			23			24			25			26			27			28			29			30			31			32			33			34			35			36			37			38			39			40		41
21	12	22	18	08	22	18	10	22	18	08	22	18	10	22	21	06	23	21	06	23	18	12	23	21	06	23	21	06	23																18	12	23	18	12	23							18	12	23						
22	08	22	18	04	22	21	06	22	18	04	22	21	06	22	17	02	23	17	02	23	17	02	23	17	02	23	17	02	23	23	08	23	28	09	23										23	08	23	23	08	23							23	08	23						
06	06	23	30	01	23	31	03	23	30	01	23	31	03	23	20	11	23	20	11	23	20	11	23	20	11	23	20	11	23	06	06	23	13	07	23	07	05	24							22	05	24	22	05	24							22	05	24						
07	04	23	08	05	23	07	07	23	08	05	23	07	07	23	08	03	24	08	03	24	08	03	24	08	03	24	08	03	24	02	05	24	06	06	24										10	09	24	10	08	24							10	04	24						

9. Motivo de No tener carné

1. No ha sido vacunado
2. Se perdio
3. Lo tiene la promotora o vacunadora de la zona
4. Lo tiene familiar no disponible en el momento
5. Lo tiene la EPS al que está afiliado
6. Lo tiene la ESE o IPS que vacuna la zona
7. Se encuentra en el hogar infantil del ICBF o jardín
8. Lo tiene el programa familias en acción.
9. Sin dato

41. CÓDIGOS PARA LOS MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

RELACIONADOS CON LA LOGISTICA Y LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador
2. Horario de vacunación restringido.
3. Largos tiempos de espera.
4. No habia vacunas o insumos.
5. Falta o perdida de carné de vacunación.
6. No afiliado.
7. Desconocimiento de la jornada.
8. [illegible]

RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO

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

RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA

16. Falta de tiempo del cuidador.
17. Rechazo de la vacunación
18. Porque tiene las vacunas completas

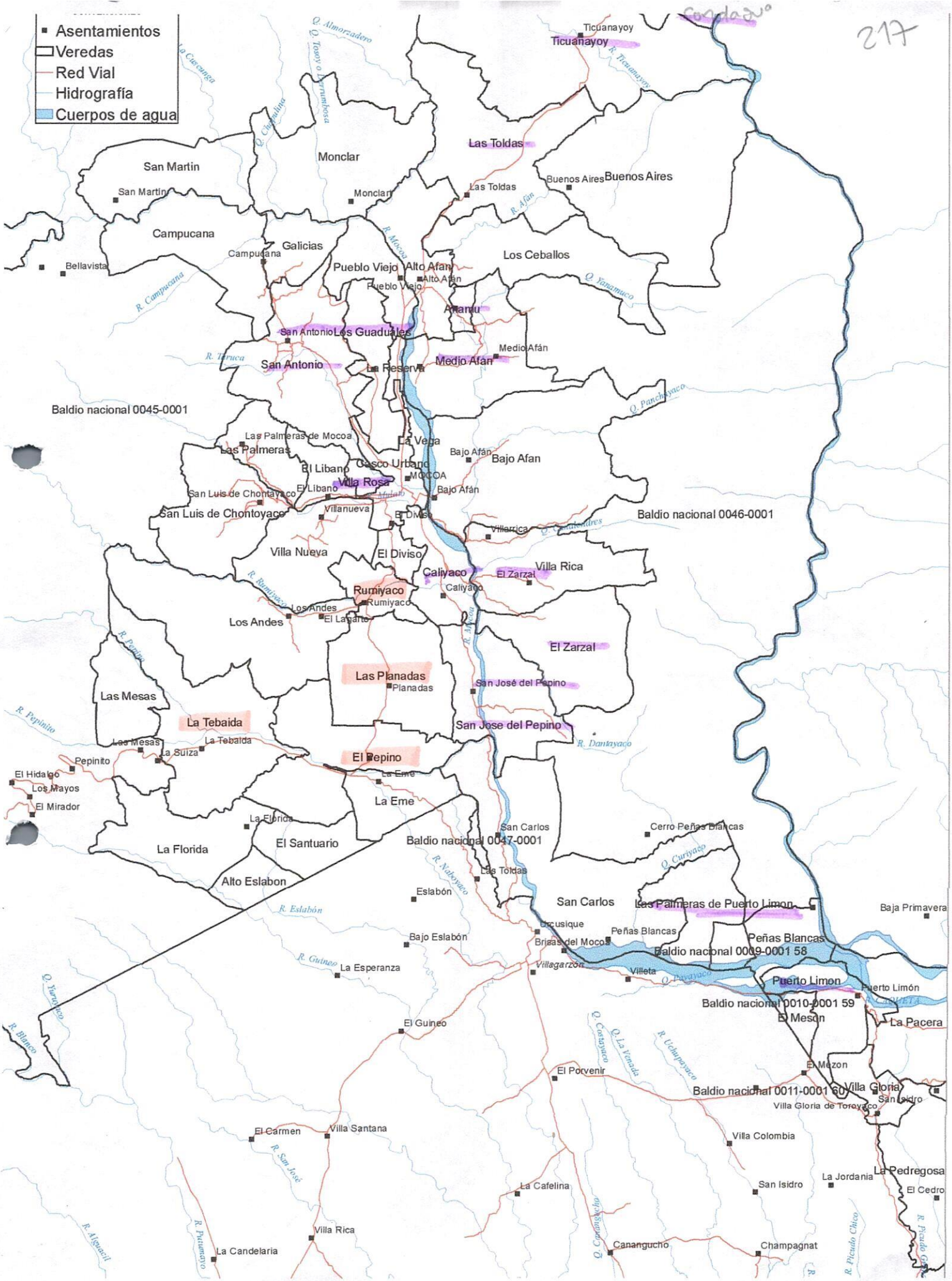
PRODUCIDO POR UN PRODUCTO EDUCATIVO DE AUTODESK

276

PRODUCIDO POR UN PRODUCTO EDUCATIVO DE AUTODESK

PRODUCIDO POR UN PRODUCTO EDUCATIVO DE AUTODESK

PRODUCIDO POR UN PRODUCTO EDUCATIVO DE AUTODESK


Asentamientos
Veredas
Red Vial
Hidrografía
Cuerpos de agua
Ticuanayoy
Las Toldas
Monclar
San Martin
Buenos Aires
Campucana
Galicias
Bellavista
Pueblo Viejo
Alto Afan
Los Ceballos
Ananu
San Antonio
Los Guaduales
Medio Afán
La Reserva
Baldio nacional 0045-0001
Las Palmeras de Mocoa
Las Palmeras
La Vega
Bajo Afán
Casco Urbano
El Libano
Villa Rosa
MOCOA
San Luis de Chontayaco
Villanueva
El Diviso
Baldio nacional 0046-0001
Villa Nueva
Caliyaco
El Zarzal
Villa Rica
Rumiyaco
Los Andes
El Zarzal
Las Planadas
Planadas
San José del Pepino
Las Mesas
La Tebaida
El Pepino
La Suiza
Pepinito
El Hidalgo
Los Mayos
El Mirador
La Eme
La Florida
El Santuario
Baldio nacional 0047-0001
San Carlos
Cerro Peñas Blancas
Alto Eslabon
Eslabón
Las Toldas
Las Palmeras de Puerto Limon
Baja Primavera
Urcusique
Peñas Blancas
Bajo Eslabón
Brisas del Mocoa
Baldio nacional 0009-0001 58
La Esperanza
Villagarzón
Villeta
Puerto Limón
Baldio nacional 0010-0001 59
El Meson
La Pacera
El Guineo
El Porvenir
El Mezon
Villa Gloria
Baldio nacional 0011-0001 60
San Isidro
Villa Gloria de Toroyaco
El Carmen
Villa Santana
Villa Colombia
La Pedregosa
La Jordania
San Isidro
El Cedro
La Cafelina
Villa Rica
La Candelaria
Cananguchо
Champagnat
R. Campucana
R. Mocoa
R. Afan
Q. Yanamuco
R. Terueca
Q. Panchoyaco
R. Rumiyaco
R. Pepinito
R. Dantayaco
R. Eslabón
R. Guineo
R. Blanco
R. Putumayo
R. Algodoncillo
R. San José
Q. Curiyaco
Q. Costayaco
Q. La Vereda
R. Ucuruyaco
R. Picudo Chico
Q. Cananguchо
Q. Almorzadero
Q. Toroyo o Parrumbosa
Q. Chapalina
Q. Chuscunga
R. Ticuanayoy
Q. Caldeadores
R. Pepino
R. Naboyaco
Q. Pavayaco
R. Caldeta
Q. Yarumayo