BARRIDO DOCUMENTADO Y VACUNACIÒN CONTRA FIEBRE AMARILLA

VEREDA CASTILLA ANGOSTURA

ACTA DE CIERRE DE MONITOREO DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA VEREDA ANGOSTURA

En el municipio de Coyaima, Departamento de Tolima, a los 18 días del mes de noviembre del 2024, se procede a la elaboración del presente Acta de Cierre del Monitoreo de Vacunación contra la fiebre amarilla, con base en la alerta de brote de fiebre amarilla emitida por las autoridades sanitarias competentes.

Objetivo: El presente acto tiene como finalidad documentar el cierre del proceso de monitoreo y evaluación de las actividades de vacunación contra la fiebre amarilla, ejecutado en respuesta a la alerta epidemiológica por brote de fiebre amarilla en la región del Tolima, con el objetivo de garantizar la inmunización de la población en riesgo y controlar la propagación del virus.

Antecedentes: El dia 08/09/2024, se notificó al sivigila el primer caso de fiebre amarilla en el Tolima en el municipio de Villarrica posteriormente se presentaron más casos generando una alerta de brote. El Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social emitieron una alerta epidemiológica ante la identificación del aumento de casos en el departamento de Tolima. Dicha alerta conllevó a la implementación de una campaña intensiva de vacunación en las zonas afectadas y aledañas a los casos identificados con el fin de prevenir la expansión de la enfermedad y proteger a la población en riesgo.

3. Actividades Realizadas:

Durante el periodo comprendido entre el 19, 20, 22, 23 de noviembre se realizaron las siguientes actividades de monitoreo y vacunación:

Revisión de cobertura: Se monitoreó la cobertura de vacunación casa a casa

Campañas de sensibilización: Se realizaron charlas y sensibilización sobre la fiebre amarilla y la importancia de la vacunación.

Vacunación: Se realizaba vacunación cuando se identificaban casos susceptibles de ser vacunados en los siguientes rangos de edad de 1 a 59 años para asegurar el acceso de toda la población objetivo.

Capacitación del personal de salud: Se realizaron capacitaciones para fortalecer el proceso de vacunación y la vigilancia epidemiológica.

4. Resultados del Monitoreo:

Cobertura de vacunación alcanzada:

Se vacunaron un total de 60 personas, mas cuatro personas que firmaron rechazo a la vacunación contra la fiebre amarilla, la cobertura alcanzada fue de un 100% sin quedar personas por vacunar, en la vereda.

Cumplimiento de metas:

La meta de vacunación definida por el Ministerio de Salud fue alcanzada en un 100%, lo que indica que la cobertura fue alcanzada.

5. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica:

Casos notificados:

Durante el periodo de monitoreo, no se identificaron casos sospechosos de fiebre amarilla en la región.

INFORME MONITOREO RAPIDO DE VACUNACION VEREDA ANGOSTURA

VIVIENDAS	NUEMERO	PORCENTAJE
NO DE CASAS EFECTIVAS	48	71.6%
NO DE CASAS NO EFECTIVAS	14	20.8%
NO DE CASAS FALLIDAS	5	7.4%

POBLACION SUSCEPTIBLE	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL, DE POBLACION PREVIAMENTE VACUNADA CON FIEBRE AMARILLA	83	55.3%
TOTAL, DE POBLACION ENCONTRADA NO VACUNADA	67	44.6%
TOTAL, DE POBLACION VACUANDA DURANTE EL BARRIDO	60	89.5%
TOTAL, DE POBLACION PENDIENTE POR VACUNAR	2	2.9%
TOTAL DE POBLACION QUE FIRMARON DISENTIMIENTO	5	7.4%

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

BOCAS DE HILARCO BUENOS AIRES

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
1 - 5	0	0
6- 10	0	0
11 -20	7	11.6%
21 - 30	13	21.6%
31 - 40	14	23.3%
41 - 50	13	21.6%
51 - 59	13	21.6%
TOTAL	60	100%

Del total de vacunados encontramos cinco personas renuentes a la vacunación con un 7.4% A continuación se relacionan:

1. YONIFER YOBAN YARA YARA, CC No 1007363549 de 24 años, afiliado a Pijao Salud Eps.
2. RICARDO YARA de 55 años, no quiso suministrar información.
3. JUAN TOVAR de 42 años, no quiso suministrar información.
4. HELIDA YATE de 64 años, no quiso suministrar información.
5. JOSE CELENIO TOVAR YATE, CC No 93151357 de 59 años, afiliado a Nueva Eps.

6. Observaciones y Recomendaciones:

Fortalecer la vigilancia epidemiológica: Se recomienda continuar con la vigilancia activa para detectar posibles casos y prevenir futuros brotes.

Continuar con las estrategias de sensibilización: Es importante seguir promoviendo la educación comunitaria sobre la fiebre amarilla y la vacunación, especialmente en áreas rurales de dificil acceso.

Mantener la capacitación del personal de salud: Asegurar que todo el personal de salud esté capacitado en el manejo de la vacuna y en la identificación temprana de casos.

EQUIPO DE MONITOREO:

JURGEN ALEJANDRO CASTILLO

ELLIA NAYIVE VEGA NAVARRO

JESUS DAVID OSPINO

KAREN YULIET LOZANO

DANI MILENA TIQUE

LUISA FERNANDA TORRES

JAIDITH PRADA QUIÑONEZ

MARY CONSTANZA MALAMBO

CRUZ LEAL PRADA

ALEJANDRA BRIÑEZ

JHON ESTIBEN LOAIZA

LEONCIO CUPITRA

Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUEMENTADO

Salud

Datos de Identificación:

ENTIDAD TERRETORIAL: _____ **encabeza**

UNIDAD OPERATIVA: _____ **FECHA:** _____ ###

Cuerpo del instrumento:

A.	B.													C.																			D.					E.	F.
VIVIENDAS	CATEGORIA DE VIVIENDAS				Total de población encontrada según grupos de edad								Total de población vacunada o revacunada con FIEBRE AMARILLA según grupos de edad								Total de población vacunada con SRP/SR vacunada según grupos de edad en barrido								Total de población vacunada contra el barrido según grupos de edad								Total de población no vacunada en el barrido según motivos						Observaciones
	Ocupada (O)	No Ocupada (NO)	Positiva (P)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	22-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Controlado en casa	Renuente	Padres no/E servicios de salud	Padres no/E la familia	Otros	Si encuentra un niño que refiere que ya esta vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb
1	E								1			1					1			1								0							0						1+60
2	E					1	1		2			4			1	1		2		4								0							0						
3	E					1	1	1	1			4		1	1	1				3				1				1							1						
4	E					1	3	1			1	6		1	3					4				1			1	2				1			1	3					1+60
5	E									2		2						2		2								0							0						
6		2										0								0								0							0						2+59
7	E									1		1						1		1								0							0						1+60
8	E						1		1		1	3			1		1		1	3								0							0						1+60
9			2									0								0								0							0						Casa Renuente
10		1										0								0								0							0						Vivienda Abandonada
11		2										0								0								0							0						2 adulto mayor
12			2									0								0								0							0						CERRADA
13			2									0								0								0							0						CERRADA
14			2									0								0								0							0						CARRADA
15	E						1	1			1	3			1				1	2				1				1			1				1					
16	E									1		1								0						1		1						1	1					
17	E							1				1				1				1								0							0						1+59
18	E					1	1	3		1		6		1	1					2			1	2		1		4			1	2		1		4						1 adulto mayor
19			2									0								0								0							0						CERRADA
20	E					3			1	1		5		3			1			4						1		1					1	1						
21	E										2	2								0							2	2							2						
22	E							2		2		4								0				2		2		4				1		2	3		1				1 se niego a dierros inf y firmar desentir
23	E				1	1	1	2	1		2	8	1	1	1				1	4				2	1		1	4				1		1	3			1			1 -1Año, 1lactante 1+59
24		2										0								0								0							0						1 ADULTO MAYOR
25	E					1			1			2		1						1					1			1					1		1						2 +60,
26	E					2	2		1			5		2	1					3			1		1			2			1		1		3						1 +59
27	E								1			1								0					1			1							1						
28	E				1	1			1		1	4	1	1			1		1	4								0							0						
29	E				1				1			2	1							1					1			1					1		1						2 +55,
30	E								1			1								0					1			1					1		1						
31	E				2	1			1			4	2	1						3					1			1					1		1						
32	E				2			2		1	1	6	2							2				2		1	1	4				1		1	3			1			1+60, lactante, 1 - Laño
33		2										0								0								0							0						2 ADULTOS MAYORES
34			2									0								0								0							0		1				1 se nego a brindar inf y firmar el
35	E				1	1	1	1				4		1	1			1		3				1				1				1			1						
36	E										1	1							1	1							1	1							0		1				1 se nego a brindar inf y firmar el
37		2										0								0								0							0						1 ADULTO MAYOR
38		2										0								0								0							0						2 ADULTOS MAYORES
39	E				1	1		1	1			4	1	1		1	1			4								0							0						
40	E						1					1								0			1					1							1						1 +55
41	E							1				2				1				1				1				1					1		1			1			1 bebe, lactante
42	E							1	1		1	3								0				1	1		1	3					1		1						

43	E									1	1	2						1		1							1	1							1	1						
44		1										0								0								0								0						ABANDONADA
45		2										0								0								0								0						1 ADULTO MAYOR
46	E				1			1			2	4	1							1				1			2	3							1	1		1				1+59, 1 desvio nego firmar
47	E				1	2		1				4	1	2						3				1				1								0			1			lactante
48		2				1				1		2		1						1						1		1						1		1						
49				1							0	0								0								0								0		1				1 persona desvio no quiso firmar
50	E								1			1								0					1			1					1			1						
51	E										2	2							2	2								0								0						1 +60
52	E						1			1	1	3								0			1			1	1	3			1			1	1	3						
53	E					1	1			1		3			1					1				1		1		2				1		1		2						
54		2										0								0								0								0						2 ADULTOS MAYORES
55	E						1	1		2		4			1	1		1		3						1		1						1		1						
56	E				1	2			1			4	1	2						3					1			1					1			1						
57	E									1		1								0						1		1						1		1						
58	E										2	2								0							2	2							2	2						
59				1								0								0								0								0						RENUENTES
60	E								1	2	2	5					1	1	2	4						1		1						1		1						
61	E						1	1	1		1	4								0			1	1	1		1	4			1	1	1		1	4						
62	E				1		2	1	1			5	1		2					3				1	1			2				1	1			2						
63		3										0								0								0								0						1 ADULTO MAYOR,
64		3										0								0								0								0						DESOCUPADA
65	E					1	2		1			4		1	2					3					1			1					1			1						
70	E										1	1								0							1	1							1	1						
71	E					1				1		2		1						1						1		1						1		1						
72	E										1	1							1	1								0								0						1 ADULTO MAYOR
73		2										0								0								0								0						1 ADULTO MAYOR,
74	E						2		1			3					1			1			2					2			2					2						1 ADULTO MAYOR
TOTALES	48	14	5	3	14	23	23	23	23	19	25	150	13	21	17	6	8	8	10	83	0	0	7	18	14	13	15	67	0	0	7	13	14	13	13	60		5				
Miembros del equipo que ejecutan el																																										

CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiendase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto ocupado)	**VIVIENDA EFECTIVA: (E)** vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación encaso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE : Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	**Contraindicación médica:** Diversas indicaciones médicas señaladas en el nivel público y privado.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: (religiosos, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llevo suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron al día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otras: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

2505 15 7 28 46 46 46 46 38 50 300

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGIS... D DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES noviembre AÑO 2024

Grupo N° 05

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																ESQUEMA DE VACUNACION PAI												NOMBRE DEL VACUNADOR
																		PAI						NO PAI						
																		BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	DOBLE ADULTOS	INFLUENZA		VPH	HEPATITIS B	HEPATITIS A	VARICELA	MENINGOCOCO	DIFTOTETANOS	TRIPLE VIRAL	
																		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
1	1	93153708	09	06	75	49	M	Yate	Capera	Walter		S	Famisanar							1 DOSIS										Cadena Valencia
1		COYAIMA	Rural	Angostura		Angostura		321	3633598								PAI													
2		66789082	27	01	75	49	F	Yate	Aroca	Flor Maria		S	Nueva EPS							1 DOSIS										Cardona Valencia
2		COYAIMA	Rural	Angostura		Angostura		318	4089586								PAI													
3	20 - noviembre - 2024	65587804	14	06	77	53	F	Matoma		Diostdiq		S	Nueva EPS							1 DOSIS										Cardona Valencia
3		COYAIMA	Rural	Angostura		Angostura		3202397360									PAI													
4		1006032543	25	03	2003	21	M	Capera	Matoma	Erik Alexander		S	Nueva EPS							1 DOSIS										Cardona Valencia
4		COYAIMA	Rural	Angostura		Angostura		3102399360									PAI													
5		1105056391	15	04	2004	18	M	Capera	Matoma	Santiago		S	Nueva EPS							1 DOSIS										Cardona Valencia
5		COYAIMA	Rural	Angostura		Angostura		3202397360									PAI													
6		93476900	29	05	78	46	M	Perdomo		ESmith		S	Famisanar							1 DOSIS										Cardona Valencia
6		COYAIMA						3142454072									PAI													
7		1109493911	22	04	93	31	F	Capera	Matoma	Angela Maria		S	Nueva EPS							1 DOSIS										Cardona Valencia
7		COYAIMA	Rural	Angostura		Angostura											PAI													

LOTE

JERINGA LOTE

131

Ministerio de Salud y Proteccion Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES noviembre AÑO 2024

Grupo 0.5

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
																		PAI						NO PAI								
																		BCG	TRIPLE VIRAL	PENTAVALENTE / TETRAVALENTE	FIEBRE AMARILLA	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	DIFTOCLIDA	INFLUENZA	TETRA VIRAL	
																		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
1		93154810	26	12	1983	40	M	Capitrol	Tapiero	Orilmar leandro	S	Pijao								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3107706931																								
2		65787591	15	05	1967	56	F	Tapiero	Yara	Clemencia	S	Pijao								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3104552767																								
3		40088132	19	06	1934	50	F	Yate	Capitrol	Orfilia	S	Pijao Salud								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3142618450																								
4		1109492581	28	08	1998	34	M	Prieto	Yate	Ferney	S	Salud Total								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3052166837																								
5		93477588	09	11	1934	45	M	Tapiero	Capitra	Domingo	S	Pijao Salud								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3132023055																								
6		51880002	01	12	1967	57	F	Gutierrez	Prieto	Blanca Doris	Salud Total	Salud Total								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3017963918																								
7		79414485	19	11	1965	59	M	Parada	Patiño	Genry	S	Salud Total								1 Dosis												Constanza Malaver
		Coyaima	Rural	Angostura		Angostura		3017963918																								

LOTE

JERINGA	LOTE
DIFTE/TA	
DPT/TA	
DPT/TA	

4/32

Ministerio de Salud y Proteccion Social

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES ____ | AÑO ____

grupo #5 angostura — IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	(1) TIPO	(2) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (3) DIA	(4) MES	(5) AÑO	(6) EDAD	(7) SEXO	(8) PRIMER APELLIDO	(9) SEGUNDO APELLIDO	(10) NOMBRES	(11) REGIMEN	(12) ASEGURADORA	(13) CONDICION DE USUARIA	(14) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(15) AREA DE RESIDENCIA	(16) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(17) DIRECCION DE RESIDENCIA	(18) TELEFONO	(19) GRUPO ETNICO	(20) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(21) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(22) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(23) FECHA PROBABLE DE PARTO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI — BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TRIPLE BACTERIANO T	INFLUENZA	NO PAI — VPH	ESPUTNIK A	ESPUTNIK B	VARICELA	MENINGOCOCO	JERINGA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR	LOTE
				(22)	(23)	(24)																																
1		CC	1003510662	09	12	2001	21	F	Rodriguez	Bedoya	Mary Anne Yurley	Contributivo	Coosalud		Coyaima		Angostura								PA1			1 dy										
2		TI	1109498141	05	07	2009	15	M	Yara	Yara	Glendi Charin	Sub	Pijao		Coyaima		Angostura								PA2			1 d										
3		CC	1023375726	20	05	1999	31	M	Yara	Yara	Jose Julio	Sub	Pijao		Coyaima		Angostura								PA1			1 d										
4		CC	53048335	19	01	1981	39	F	Contreras	Moreno	Tatiana Rocio	Sub	Nueva EPS		Coyaima		Angostura								PA2			1 d										
5		CC	1026556342	20	11	1986	38	F	Florez	Herrera	Diana	Sub	Salud Total		Coyaima		Angostura								PA2			1 d										
6		CC	1109990724	09	03	1988	37	M	Correa	Motato	Jose Moises	Sub	Pijao		Coyaima		Angostura								PA1			1 d										
7		CC	28649476	13	12	1991	99	F	Cortes	Prieto	Esmeralda	Sub	Nueva		Coyaima	Urbano	las Brisas								PA2			1 d										

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | E.S.E SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembre AÑO 2024

Grupo 5 Angostura

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

Consecutivo	Número de identificación	Día	Mes	Año	Edad	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Régimen	Aseguradora	Municipio de residencia	Área de residencia	Barrio / centro poblado o vereda de residencia	Dirección de residencia	Teléfono	Correo electrónico	Esquema PAI
1	65788577	19	04	1970	55	F	Capera	Tique	Nelly	Pijao Salud	Subsidiado	Coyaima	Rural	Angosturas	Angostura	310589 5386	PAI	Td
2	1006070140	22	05	88	37	M	Yara	Yate	Oscar	Subsidiado	Pijao Salud	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	321496 7798	PAI	Td
3	1005725936	03	07	2001	23	M	Tique	Capera	Jose Edinson	Contributivo	Salud Total	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	311430 14198	PAI	Td
4	28649475	10	06	1977	47	F	Capera	Tique	Diana Patricia	Subsidiado	Salud Total	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	322935 8077	PAI	Td
5	1005727536	27	10	2002	22	F	Yara	Capera	Carolina	Subsidiado	Pijao Salud	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	322429 7761	PAI	Td
6	65789588	13	04	1974	50	F	Capera	Tique	Neley	Subsidiado	Pijao Salud	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	302390 6559	PAI	Td
7	1105055076	24	11	2004	19	F	Yara	Capera	Sindy Lorena	Subsidiado	Pijao Salud	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	321458 2677	PAI	Td

Nombre del vacunador: Dani Milena Tique Narvaez

445

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | ESE SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembre AÑO 2024

Grupo 5 Angostura 19/Noviembre/24

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO															ESQUEMA DE VACUNACION PAI													NOMBRE DEL VACUNADOR
																	PAI						NO PAI							
																	BCG	TRIPLE VIRAL	HEPATITIS A	TDAP/DPT/DT	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS B	HEPATITIS B	VARICELA	MENINGOCOCO	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
																	38	37	34	29	30	31	32	32	35	36	38	39	40	41	
1		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 71267273	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 12 (6) MES: 01 (7) AÑO: 1983	(8) EDAD: 41	(9) SEXO: M	(15) PRIMER APELLIDO: Galvis	(16) SEGUNDO APELLIDO: Osorio	(17) NOMBRES: IVAN Dario	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Nueva EPS	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO: 3144804148	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				
2		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 25649345	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 6 (6) MES: 02 (7) AÑO: 1955	(8) EDAD: 69	(9) SEXO: F	(15) PRIMER APELLIDO: Yara	(16) SEGUNDO APELLIDO:	(17) NOMBRES: Julia Ester	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Pisos Salud	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO: 3206378690	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				
3		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 28649790	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 28 (6) MES: 10 (7) AÑO: 1976	(8) EDAD: 48	(9) SEXO: F	(15) PRIMER APELLIDO: Yara	(16) SEGUNDO APELLIDO: Yate	(17) NOMBRES: Yolanda	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Pisos Salud	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				
4		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1006070224	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 19 (6) MES: 03 (7) AÑO: 1997	(8) EDAD: 27	(9) SEXO: M	(15) PRIMER APELLIDO: Yara	(16) SEGUNDO APELLIDO: Yara	(17) NOMBRES: Rodrigo	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Pisos Salud	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				
5		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 93476894	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 10 (6) MES: 10 (7) AÑO: 1976	(8) EDAD: 47	(9) SEXO: M	(15) PRIMER APELLIDO: Yara	(16) SEGUNDO APELLIDO:	(17) NOMBRES: Rogelio	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Pisos Salud	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO: 3132591299	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				
6		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 93444296	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 10 (6) MES: 08 (7) AÑO: 1971	(8) EDAD: 53	(9) SEXO: M	(15) PRIMER APELLIDO: Yara	(16) SEGUNDO APELLIDO: Tapiero	(17) NOMBRES: Gilberto	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Pisos Salud	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				
7		(4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1007600889	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA: 6 (6) MES: 01 (7) AÑO: 1991	(8) EDAD: 34	(9) SEXO: M	(15) PRIMER APELLIDO: Yate	(16) SEGUNDO APELLIDO: Prieto	(17) NOMBRES: Robinson Fabian	(23) REGIMEN: Subsidiado	(24) ASEGURADORA: Nueva EPS	(25) CONDICION DE GESTANTE																				
		(13) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(14) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA: Angostura	(29) TELEFONO: 3144790511	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI	(35) FECHA PROBABLE DE PARTO																				

Dani Hilena Tiguel Narvaez

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT + DT	
DT + DT	
DPT + DT	

444

Grupo 5
Angostura

CONSECUTIVO	EDA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																		ESQUEMA DE VACUNACION PAI															NOMBRE DEL VACUNADOR
																				PAI							NO PAI								
																				BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TDPAI	ANTITETANICA			HAI	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	PPT-NEUMO	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
																				26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	38	39	40	41	
1		[3] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			93152517	07	04	1965	59	M	Morales	Yara	Gabriel	Subsidiado	Pyp Salud																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	no tiene				NO																										
2		[27] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			1110479985	21	07	1987	37	F	Gamba		Nora Angelica	Subsidiado	Pyp Salud																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	no tiene				PAI																										
3		[27] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			1005728546	16	03	1988	36	M	Yara	Tique	Ricardo	Subsidiado	Salud Total																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura					PAI																										
4		[27] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			93155104	11	08	1984	40		Prada	Ropero	Jose Alejandro	Subsidiado	Pyp Salud																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	322 3446802				PAI																										
5		[27] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			93443909	15	06	1967	57	M	Yara	Ropero	German	Subsidiado	Pyp Salud																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	3022473323				PAI																										
6		[27] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			52267700	13	12	1976	47	F	Castaño	Prada	Martha Lucia	Subsidiado	Pyp Salud																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	3124811433				PAI																										
7		[27] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA																						
			1109496298	04	01	1999	25	M	Yara	Castaño	Nicolas Esteven	Subsidiado	Salud Total																						Ted
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																								
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	3052979976				PAI																										

LOTE

JERINGA	LOTE
BCG 10	
DPT 10	
HB 10	

Y-13

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | nIX — L SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembre AÑO 24

Grupo S
Angostura

CONSECUTIVO	EJA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI							ESQUEMA DE VACUNACION NO PAI							NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI							NO PAI							
			BCG	TRIPLE VIRAL	PENTA AMARILLA	TETANOS DIFTERIA	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	DPT ACELULAR	INFLUENZA	TRIPLE FEBRIL	
			26	27	28	29	30	31	32	35	35	36	38	39	40	41	
1	1																
3		[3] TIP [4] NUMERO DE IDENTIFICACION 1005727871 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 21 [6] MES 03 [7] AÑO 2001 — [8] EDAD 23 — [9] SEXO F — [10] PRIMER APELLIDO Vallejo — [11] SEGUNDO APELLIDO Yara — [12] NOMBRES Yenny Katerine — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Asmet Salud — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3132947713 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															
2		[1] TIP [2] NUMERO DE IDENTIFICACION 1105058227 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 01 [6] MES 08 [7] AÑO 2008 — [8] EDAD 16 — [9] SEXO M — [10] PRIMER APELLIDO Tapiero — [11] SEGUNDO APELLIDO Timote — [12] NOMBRES Jhon Alexander — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Pedro Salud — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3202307880 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															
3		[1] TIP [2] NUMERO DE IDENTIFICACION 1109490547 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 11 [6] MES 11 [7] AÑO 2004 — [8] EDAD 20 — [9] SEXO M — [10] PRIMER APELLIDO Yara — [11] SEGUNDO APELLIDO Yate — [12] NOMBRES Dorer — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Pedro Salud — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3125304074 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															
4		[1] TIP [2] NUMERO DE IDENTIFICACION 1005726738 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 24 [6] MES 11 [7] AÑO 2001 — [8] EDAD 23 — [9] SEXO M — [10] PRIMER APELLIDO Tapiero — [11] SEGUNDO APELLIDO Timote — [12] NOMBRES Jose Fernando — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Asmet Salud — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3125307070 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															
5		[1] TIP [2] NUMERO DE IDENTIFICACION 65780502 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 3 [6] MES 07 [7] AÑO 1974 — [8] EDAD 50 — [9] SEXO F — [10] PRIMER APELLIDO Fuentes — [11] SEGUNDO APELLIDO Rodriguez — [12] NOMBRES Deyanira — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Nueva EPS — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3112906623 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															
6		[1] TIP [2] NUMERO DE IDENTIFICACION 93345007 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 28 [6] MES 03 [7] AÑO 70 — [8] EDAD 54 — [9] SEXO M — [10] PRIMER APELLIDO Lopez — [11] SEGUNDO APELLIDO Perez — [12] NOMBRES Francinet — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Fodhuila — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3208549676 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															
7		[1] TIP [2] NUMERO DE IDENTIFICACION 65788086 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 1 [6] MES 04 [7] AÑO 71 — [8] EDAD [illegible] — [9] SEXO F — [10] PRIMER APELLIDO Castañeda — [11] SEGUNDO APELLIDO Lozano — [12] NOMBRES Doris Elena — [13] REGIMEN Subsidiado — [14] ASEGURADORA Nueva EPS — [24] CONDICION DE USUARIA			10													
		[25] MUNICIPIO DE RESIDENCIA Coyaima HD493698 — [26] AREA DE RESIDENCIA Rural — [27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Angostura — [28] DIRECCION DE RESIDENCIA Angostura — [29] TELEFONO 3103761253 — [30] GRUPO ETNICO — [31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [32] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — [35] FECHA PROBABLE DE PARTO															

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT/T 5DS	
PAI * 5DS	
SRP * 5DS	

Doint Hilera (Tipo de Maruaca)

442

Ministerio de Salud y Protección Social

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembre AÑO 2024

Grupo 5
Angostura
20 noviembre 2024

FOLIO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																								ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
		(1) TIPO	(2) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA	(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO	PAI: BCG	PAI: TRIPLE VIRAL	PAI: FIEBRE AMARILLA	PAI: TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	PAI: DIFTERIA	PAI:	PAI:	NO PAI: VPH	NO PAI: HEPATITIS A	NO PAI: HEPATITIS B	NO PAI: VARICELA	NO PAI: INFLUENZA	NO PAI: INFLUENZA	NO PAI: TRIPLE PBAC	
																										26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
1	1	CC	1022950901	4	02	89	35	F	Feliz	Yara	Noralka	Contributivo	Famisanar	PAI	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	311 430 3407						10																Luisa Torres
2	2	CC	1003338131	15	09	2000	24	M	Perez	Araya	Jhonatan	Subsidiado	Nueva EPS	PAI	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura							10																		Luisa Torres
3	3	CC	1019031853	28	8	1988	36	F	Rodriguez	Zorrillo	Argenis	Subsidiado	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	301 464 7948						10																		Luisa Torres
4	4	CC	1005726225	26	11	1992	33	F	Vera	Poloche	Maria Yiseth	Subsidiado	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Angostura	Angosta	321 207 3233						10																		Luisa Torres
5	5	CC	1105685622	30	12	93	31	F	Meza	Bermudez	Andrea	Subsidiado	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	300 177 5204						10																		Luisa Torres
6	6	CC	93443899	25	03	72	53	M	Prada	Malambo	Sixto	Subsidiado	Salud Total	PAI	Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	320 495 9201						10																		Luisa Torres
7	7	CC	65791200	04	11	1981	44	F	Conde	Ortiz	Liliana	Subsidiado	Pijao Salud		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura							10																		Luisa Torres

LOTE	JERINGA	LOTE

11-20
3
21-30
1
31-40
5
41-50
1
57-59
1

425

Ministerio de Salud y Protección Social

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA (DEPARTAMENTO) | COYAIMA (MUNICIPIO) | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E (INSTITUCIÓN) | MES Noviembre AÑO 2024

Grupo N° 05 Angostura

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO														ESQUEMA DE VACUNACION PAI															NOMBRE DEL VACUNADOR
																PAI							NO PAI								
																BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	REFUERZO ESTUDIANTIL	INFLUENZA			VPH	DIFTOTETANICA	DIFTOTETANICA	VARICELA	HEPATITIS A	ANTIGRIPAL	ANTIGRIPAL	TRIPLE VIRAL	
																29	37	38	39	30	31	32	33	34	35	36	40	41				
1	1	[3] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA				1 Dosis													
			1105056565	24	05	2000	24	F	Sogamoso	Hatoma	Maria Mary	S	Nueva EPS																		
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	Angostura	Angostura	3013715843					PAS																				
	2	[1] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA				1 Dosis													
			14011833	27	08	1962	42	M	Sanchez	Aragon	Victor eduardo	C	Nueva EPS																		
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Urbano	Centro	Coyaima	3112729621					PAS																				
	3	[1] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA				1 Dosis													
			17342259	13	12	1968	55	M	Londoño		Jose edilson	S	Nueva EPS																		
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural Urbano	Buenavista		3124278602					PAS																				
	4	[1] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA				1 Dosis													
			93071796	12	12	1963	60	M	Ducuara	Ducuara	Jhobani	S	Pijao																		
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	Palmar	Palmar	3124849047					PAS																				
	5	[1] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA				1 Dosis	1 Dosis												
			40386776	29	05	1967	57	F	Cumbe	Sierra	Nanci	S	Nueva EPS																		
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	Buena vista	Buena vista						PAS																				
	6	[1] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA				1 Dosis													
			1005726688	13	11	2001	23	M	Ducuara	Bermudez	Jesus eduardo	S	Asmet Salud																		
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Urbano	Esperanza	Barrio Esperanza						PAS																				
	7	[3] TIP	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																	
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[26] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			

LOTE

ESQUEMA	LOTE
DOSIS UNICA	
1ra DOSIS	
2da DOSIS	
REFUERZO	

21-30
3.
31-40
7.
4 NC
6
49-5
6
11-20
1.
43D

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembre AÑO 2024

Grupo J
Angostura

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI																		NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI						NO PAI												
			BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TETANOS Y DIFTERIA	INFLUENZA		VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	MENINGOCOCICA	ANTIRRABICA	ANTITETANICA	TRIPLE VIRAL					
			26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41			
1		[4] TDI [5] NUMERO DE IDENTIFICACION: CC 1105055009 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 27 (6) MES 10 (7) AÑO 2004 — [8] EDAD 20 — [9] SEXO F — [10] PRIMER APELLIDO: Alape — [11] SEGUNDO APELLIDO: Tique — [12] NOMBRES: Esmeralda — [13] REGIMEN: Sub — [14] ASEGURADORA: Alianza Salud — [24] CONDICION DE LIGURIA			1 dosis																Luisa Torres
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — [23] AREA DE RESIDENCIA: Rural — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO: 3209070976 — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
2		[3] TDI [4] NUMERO DE IDENTIFICACION: TI 1105058461 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 23 (6) MES 11 (7) AÑO 2016 — [8] EDAD 8 — [9] SEXO F — [10] PRIMER APELLIDO: Capera — [11] SEGUNDO APELLIDO: Alape — [12] NOMBRES: Camila Andrea — [13] REGIMEN: Sub — [14] ASEGURADORA: Alianza Salud — [24] CONDICION DE LIGURIA			1 dosis																Luisa Torres
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — [23] AREA DE RESIDENCIA: Rural — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Angostura — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO: 3209070976 — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
3	20 de Noviembre 2024	[3] TDI [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA (6) MES (7) AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [10] PRIMER APELLIDO — [11] SEGUNDO APELLIDO — [12] NOMBRES — [13] REGIMEN — [14] ASEGURADORA — [24] CONDICION DE LIGURIA																			
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [23] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
4		[3] TDI [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA (6) MES (7) AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [10] PRIMER APELLIDO — [11] SEGUNDO APELLIDO — [12] NOMBRES — [13] REGIMEN — [14] ASEGURADORA — [24] CONDICION DE LIGURIA																			
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [23] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
5		[3] TDI [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA (6) MES (7) AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [10] PRIMER APELLIDO — [11] SEGUNDO APELLIDO — [12] NOMBRES — [13] REGIMEN — [14] ASEGURADORA — [24] CONDICION DE LIGURIA																			
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [23] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
6		[3] TDI [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA (6) MES (7) AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [10] PRIMER APELLIDO — [11] SEGUNDO APELLIDO — [12] NOMBRES — [13] REGIMEN — [14] ASEGURADORA — [24] CONDICION DE LIGURIA																			
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [23] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
7		[3] TDI [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA (6) MES (7) AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [10] PRIMER APELLIDO — [11] SEGUNDO APELLIDO — [12] NOMBRES — [13] REGIMEN — [14] ASEGURADORA — [24] CONDICION DE LIGURIA																			
		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [23] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA — [19] TELEFONO — [20] GRUPO ETNICO — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			

NOTE

ESQUEMA	LOTE
DPT 1A	
DPT 2A	
DPT 3A	

427

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | I. SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES NOVIEMBRE 2024

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

CONSECUTIVO	DIA	1	2	3	4	5	6	7
	1							

[1] Tipo	[2] Número de identificación	Fecha de nacimiento [5] Día	[6] Mes	[7] Año	[8] Edad	[9] Sexo	[10] Primer apellido	[11] Segundo apellido	[12] Nombres	[13] Régimen	[14] Aseguradora	[24] Condición de usuaria
1	1104936932	15	02	2005	19	M	Sanchez	Castaneda	Framen	Subsidiado	Asmet Salud	
2	65588612	14	10	1980	44	M	Suarez	Trigue	Gustavia	Subsidiado	Asmet Salud	
3												
4												
5												
6												
7												

[15] Municipio de residencia	[16] Área de residencia	[17] Barrio / centro poblado o vereda de residencia	[18] Dirección de residencia	[19] Teléfono	[20] Grupo étnico	[21] Condición de desplazamiento	[22] Condición de discapacidad	[23] Correo electrónico (Madre o Cuidador)	[25] Fecha probable de parto
Coyaima	Rural	Argostura	Argostura	3103326103					
Coyaima	Rural	Argostura	Argostura	321 264 2584					

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI							NO PAI							NOMBRE DEL VACUNADOR
BCG	TRIPLE VIRAL	TRIPLE ANIMELL	DT/DPT/DT/DT	HEPATITIS B			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	SRP ADULTOS	SRP NIÑOS	TRIPLE VIRAL	
28	27	26	29	30	31	32	34	35	36	38	39	40	41	
		20												David Mateus
		20												Trigue

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT/DT	
SRP	
SAR * SRP	

11-20
21-30
31-40
41-50
51-59

Grupo 5
19/11/24

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima IPS vacunadora: Hospital San Roque Extramural: Angostura

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número de Documento de Identidad	FAPM	(1) Patología inmunosupresora		(2) Medicamento inmunosupresor		(3) Tiene problemas de coagulación		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de recibir dosis de vacuna contra la fiebre amarilla o a alguno de sus componentes?		¿Se encuentra embarazada o cree estarlo? (4)		¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 28 días? (4)		¿Ha recibido sangre o productos sanguíneos (plasma) en los últimos 3 meses?		Condición para procedencia (5)	Lote vacuna	Nombre de los participantes
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	19/11/24	Maria Angelica Cortes	CC	1110470985			X		X		X		X		Y		Y		X			angelica
2	19/11/24	Ricardo Yara Rojas	CC	1005728546			X		Y		X		X		X		X		Y			
3	19/11/24	Jose Alejandro Pedraza	CC	93155104			X		X		X		X		Y		Y		X			Alejandro prado PR-
4	19/11/24	Carmen Yara Ospino	CC	93443709			X		X		X		X		L		X		X			
5	19/11/24	Martha Lucia Castaño P	CC	52267700			X		X		X		X		X		Y		Y			Martha Lucia C
6	19/11/24	Jhojan Esteban Yara	CC	1109496298			Y		Y		X		Y		Y		X		Y			Johan Steven Y.
7	19/11/24	Yenny Katerine Vallejo	CC	1005727871			X		X		X		X		X		X		X			Yenny Vallejo Y.
8	19/11/24	Yhon Alexander Ospino	CC	1108058227			Y		Y		Y		Y		Y		X		Y			Yhon Ospino
9	19/11/24	Didier Yara Yate	CC	1109490547			Y		Y		Y		X		Y		X		X			DAdier Yara Yate
10	19/11/24	Jose Fernando Ospino	CC	1005726738			X		X		Y		Y		V		Y		X			Jose Fernando
11	19/11/24	Joaquin Benites Ramos	CC	65780302			Y		Y		X		X		Y		Y		L			Yoaquin BR
12	19/11/24	Francinet Lopez Perez	CC	93345007			X		Y		X		X		Y		Y		Y			Francinet Lopez
13	19/11/24	Doris Elena Castañeda	CC	65788086			Y		Y		Y		Y		Z		X		Y			Doris Castañeda
14	19/11/24	Fredman Sanchez Cas	CC	1104936932			X		X		X		X		V		X		X			Fredman Sánchez
15	19/11/24	Luz Divina Suarez T	CC	65588612			X		X		X		X		X		X		X			Luz Divina Suarez

Tipo de Identificación: CC = Cedula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoides enfermedad del lupu, (incluye tiroiditis), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no pudiera administrarse a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: esteroides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación/sangrado: hemofilia, enfermedad de Gaucher?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se pueden simultaneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea: esperar 3 semanas

(5) Condición para procedencia especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador:

Versión: 05/2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención – Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima — IPS vacunadora: Hospital San Roque — Extramural: Angostura

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Angostura 6 hojas
19 / noviembre 2024

Consecutivo	Fecha dd/mm/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad	Edad	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1) SI	¿Tiene alguna enfermedad grave no controlada? (2) SI	¿Tiene problemas de anafilaxia? (3) SI	¿Ha presentado alguna reacción adversa grave posterior a alguna vacuna? SI	¿Ha presentado reacción alérgica grave, colapso, choque o anafilaxia con antecedente de vacunación? SI	¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4) SI	¿Ha recibido tratamiento esteroideo (prednisona, prednisolona, dexametasona, betametasona, metilprednisolona) en dosis mayores a 20 mg/día durante más de 14 días en los últimos 3 meses? SI	Condición para precaución especial (5)	Fecha de los vacunados
						NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
1	18/11/24	Nelly Cabrera Tique	CC	65788577	49		X	X	X	X	X	X		
2	19/11/24	Oscar Yara Yate	CC	1006720140	45		X	X	X	X	X	X		
3	19/11/24	Jose Edwin Tique	CC	1005729936	25		X	X	X	X	X	X		
4	19/11/24	Dora Patricia Cabrera	CC	28649475	53		X	X	X	V	X	X		
5	19/11/24	Carolina Yara Capua	CC	1006727538	29		X	X	X	X	X	X		
6	19/11/24	Nelcy Cabrera Tique	CC	65789588	51		X	X	X	X	X	X		
7	19/11/24	Sindy Lorena Yara Cabrera	CC	1105055076	21		X	X	X	X	X	X		
8	19/11/24	Jair David Galvis Osorio	CC	71267273	46		X	X	X	V	X	X		
9	19/11/24	Julia Ester Yara	CC	28649345	58	X		X	V	V	X	X		
10	19/11/24	Yolanda Yara Yate	CC	28649790	45		X	X	X	X	X	X		
11	19/11/24	Rodrigo Yara Yara	CC	1006070214	28		X	X	X	V	X	X		
12	19/11/24	Rogelio Yara	CC	93476894	49		X	X	X	X	X	X		
13	19/11/24	Gilberto Yara Tapiero	CC	93444296	54		X	X	X	X	X	X		
14	19/11/24	Edwin Fabian Yate P.	CC	1007600889	25		X	X	X	X	X	X		
15	19/11/24	Gabriel Horacio Yara	CC	93152517	49		X	X	X	X	X	X		

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cedula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, (incluye tiroiditis), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no pudiera administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de anafilaxia como por ejemplo: Reacciones hemorragicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rotavirus, parotiditis y paperas, varicela. (se aplican simultaneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con excepción contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 2 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador/a: _____

Versión: 06/2024

Salud | Secretaría de Salud San Roque

Dirección de Prevención y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

GRUPO 5

Alcaldía Municipal de COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: Angostura

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

19/11/21

Número del instrumento: _____

Manzana	Condición de la vivienda				Total de personas encontradas en la vivienda								Total de personas con esquema de vacunación completo para la edad								Total de personas con esquema de vacunación incompleto para la edad								Total de personas sin esquema de vacunación para la edad								Motivos de no vacunación					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Sola / cerrada	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Inasistente	Fallecido (a) antes de ser vacunado	Fallecido (a) en la familia	Otros	
1		2										0								0								0	0	0	3	7	5	7	8	30						
2	X				2			2		1	1	8	2							2				2		1	1	4				1		1	1	3						1 tio, 1 tía, 1 abu
3		2										2								0								0								0						2 tios
4			2									1								0								0				1				1						01 Abril
5	X				1	1	1	1				4		1	1		1			3				1				1				1				1						
6		2									2	2							1	1							1	1							1	0						15 Mayo
7		2										1								0								0								0						1 tio
8		2										2								0								0								0						2 tios
9			2									0								0								0								0						
10	X						1					2				1				1								0			1					1						
11	X							2				3					1			1				1				1				1				1						
12	✓							1				1								0				1				1				1				1						
13	X									1	1	2						1		1						1		1						1		1						
14		1										0								0								0						1		1						
15	X				1			1			2	4	1							1						2		2						1		1						
16		2			1	2		1				4	1	2						3								1								0						1 tio
17		2										1								0								0								0						
18		2									1	1								0								0								0						01 Sedeño
19			2									0								0								0								0						
20		2									2	3							2	2								0								0						1 tio
21	X						1				1	2				1				1						1		2			1			1		2						
22	X					1	1			1		3		1				1		2								0								0						
23												0								0								0								0						
24												0								0								0								0						
25												0								0								0								0						
26												0								0								0								0						
27												0								0								0								0						
28												0								0								0								0						
29												0								0								0								0						
30												0								0								0								0						
TOTALES																																										

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto redondo, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde habitan niñas y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación cuando sea necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto disponible a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible sin control de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Contraindicación médica: Son las indicaciones médicas específicas en el cual niños a quienes
Inasistente: Incluye factores relacionados al contexto cultural de la población (creencias, costumbres de la zona, inconformidad de vacunas, no confían en la vacuna, etc)
Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no ofrece las vacunas oportunamente según
Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no autorizan el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
Otros: Diferentes razones que no pueden ser ni entendidas (explicar)

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MIPB

Salud | SAN ROQUE | 19/11/24

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibl.
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Angostura

GOYAIMA | Salud

Fecha de Identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: Grupo 05
UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: 19/11/2024
Cargo del Instrumentador:

No. de vivienda	CARACTERIZACIÓN DE VIVIENDAS				Total de personas menores de cinco años según grupos de edad								Total de personas menores de cinco años vacunadas según grupos de edad								Total de personas menores de cinco años no vacunadas según grupos de edad								Total de personas menores de cinco años vacunadas y dentro de barrido según grupos de edad								Motivos de no vacunación en barrido						Observaciones
	Efectiva (E)	no Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 Años	6-10 Años	11-20 Años	21-30 Años	31-40 Años	41-50 Años	51-59 Años	TOTAL	1-5 Años	6-10 Años	11-20 Años	21-30 Años	31-40 Años	41-50 Años	51-59 Años	TOTAL	1-5 Años	6-10 Años	11-20 Años	21-30 Años	31-40 Años	41-50 Años	51-59 Años	TOTAL	1-5 años	6-10 Años	11-20 Años	21-30 Años	31-40 Años	41-50 Años	51-59 Años	TOTAL	Contraindicación médica	Temporada	Falta de PAI/ ausencia de salud	Rechazo P/C la familia	Otros	
1		2							1			2								0					1			1								0						
2			2									0								0								0								0						
3	X					1	1	1	1			4		1	1	1				3					1			1								1						
4	X					1	3	1			1	4		1						1			3	1			1	4							1						1 a 59
5		2								2		2						2		2								0								0						
6		2										2								0								0								0						7 a 59
7		2					1			1		2						1		1								0								0						1 a 59
8		2					1		1		1	4			1		1		1	3								0								0						1 a 59
9				2								0								0								0								0						
10		1										0								0								0								0						
11		2										0								0								0								0						2 a 59
12			2									0								0								0								0						
13			2									0								0								0								0						
14			2									0								0								0								0						
15	X						1	1			1	3		1					1	2				1				1					1			1						
16	X									1		1								0						1		1								1						
17		2							1			2				1				1								0								0						14 a 59
18	X					1	1	3		1		7		1						1			1	3	1		1	7		1	1	1		1		3						1 a 59
19			2									0								0								0								0						
20	X				3				1	1		5		3		1				4					1			1								1						
21	X										2	2								0						2		2						2		2						
22	X							3		2		5								0				2		2		4				1		2		3						1 de una
23	X				4	1	1	2	1		2	9	1	1	1				1	4				2	1		1	4					1	1		2						4 de una, 1 bebé
24			2									0								0								0								0						
25	X					1			1			2		1						1					1			2					1			1						2 a 59
26	X					2	2		1			5		2	1					3				1				1					1			1						1 a 59
27	X								1			1								0					1			1					1			1						
28		2										0								0								0								0						
29		2			1				1			4	1							1					1			1								0						
30	X								1			1								0					1			1					1			1						
TOTALES																																											

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (utilizadlas como viviendo una casa, un departamento, un cuarto colectivo etc)

- **VIVIENDA EFECTIVA:** (E) vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación en caso de ser necesario.
- **VIVIENDA NO EFECTIVA (NE):** 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
- **VIVIENDA FALLIDA (F):** 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
- **CASA RENUENTE:** Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

- **Contraindicación médica:** Enfermedad moderada o severa, reacciones anafilácticas en primera dosis o alergias
- **Temporada:** Ausentes (labores relacionadas al contexto cultural de la población, religiosos, creencias de la zona, inadecuadas de abasto, no confían en la vacuna, etc)
- **Factores relacionados al servicio de salud:** Falta de personal de salud, bajo suficiencia vacunal
- **Factores relacionados a la familia:** Cuando los responsables de la familia no autorizan el día de la vacunación (viaje, salida o otras actividades, etc)
- **Otros:** Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento SD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Grupo N° 05

noviembre -20- 2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención – Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima IPS vacunadora: H.S.B Extramural: Angostura
Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad	Sexo	¿Tiene alguna enfermedad autoinmune? (1)		¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		Tiene alguna de las siguientes condiciones? (2)		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes?		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de vacunas (urticaria generalizada, edema facial y/o dificultad respiratoria) o alergia a componentes de la vacuna?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido sangre, hemoderivados o transfusión de sangre en los últimos 3 meses?		Condición para vacunación especial (5)		Firma De la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	20-11-24	Orilmer Leandro Cuellar	CC	93154810	Pijao		X		X		X		X		X		X		X			
2	20-11-24	Clemencia Tapiero	CC	65787591	Pijao		X		X		X		X		X		X		X			
3	20-11-24	Orfilia Yate C	CC	40088132	Pijao		X		X		X		X		X		X		X			
4	20-11-24	Ferney Prieto Yate	CC	1109492582	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X			
5	20-11-24	Domingo Tapiero	CC	93477588	Pijao		X		X		X		X		X		X		X			
6	20-11-24	Blanca Doris Gutierrez	CC	51880002	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X			
7	20-11-24	Georm Parada P.	CC	79414485			X		X		X		X		X		X		X			
8	20-11-24	Walter Yate Capa	CC	93153108	Famisanar		X		X		X		X		X		X		X			
9	20-11-24	Flor Maria Yate	CC	65789082	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			
10	20-11-24	Diosidia Matoma	CC	65587804	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			
11	20-11-24	Santiago Capera	CC	1105056391	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			
12	20-11-24	Erik Capera M	CC	1006032543	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			
13	20-11-24	Esmith Perdomo	CC	93476900	Famisanar		X		X		X		X		X		X		X			
14	20-11-24	Angela Maria Capera	CC	1109493911	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			
15	20-11-24	Maria Mary Sogamoso	CC	1105056565	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, asplenia (ausencia, extirpación del bazo), (incluye trasplante), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no pueden administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación (sangrado inmediato, heridas hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Glanzmann)

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rotavirus, varicela, las aplicadas simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para vacunación especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunador:

Versión: 09/2024

Grupo 5
20 de Noviembre 2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima IPS vacunadora: Hospital San Roque Extramural: Angostura

Rápida, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad autoinmune? (1)		¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado Reacción Adversa Grave a alguna vacuna?		¿Ha presentado alergia grave, después de consumir huevo de gallina? O ¿Alergia a antibiótico o a neomicina		¿Se encuentra dentro de las 4 semanas previas a la aplicación de otra vacuna? (4)		¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea (plasma) o inmunoglobulinas o trasplante de órganos en los últimos 3 meses?		Embarazo	Canalización especial (5)	Firma de los acudientes
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	20/11/24	Esmeralda Alape Tique	CC	1105055004			X		X		X		X		X		X		X			Esmeralda
2	20/11/24	Camila Andrea Alape	TI	1105058961			X		X		X		X		X		X		X			Camila Andrea Alape
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cedula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes Vih positivo, anemia, enfermedad del riñon, (incluye hiperplasia), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se puede administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso mayor por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticuerpos

(3) Tiene problemas de coagulación como trombocitopenia, lesiones hemorragias en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultaneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con excepción de fiebre amarilla, esperar 3 semanas

(5) Condición para canalización especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización política y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador vacunador:

Salud

SAN ROQUE

Direccion Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal
COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima IPS vacunadora: Hospital San Roque Extramural: Angostura

Barrio,vereda, comunidad, otro, especifique

20 Noviembre 2024

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número (sin puntos) de Identidad (N°	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosuprimente? (1)		¿Recibe algún medicamento inmunosuprimente? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes?		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de recibir alguna vacuna? (4)		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Es gestante, lactante o puérpera? (Si es SI pase a la 10)		Condición para vacunación especial (5)		Firma de los vacunadores
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	22/11/24	Peralba Felix Yeira	CC	1022950701	Coosalud		X		X		X		V		X		X		X			
2	22/11/24	Uhanston Perez Angel	CC	1003381317	NUEVA EPS		V		X		X		X		X		X		X			
3	22/11/24	Argenis Rodriguez Zamudio	CC	1019031853	MALLAMAS		X		X		X		X		X		X		X			
4	22/11/24	Maria Yiseth Vera Polo	CC	1005722025	MALLAMAS		X		X		X		X		X		X		X			
5	22/11/24	Andrea Mesa Bermudez	CC	1110568562	MALLAMAS		X		X		X		X		X		X		X			
6	22/11/24	Sixto Prada Malambo	CC	93417899	SALUD TOTAL		X		X		X		X		X		X		X			
7	22/11/24	Liliana Ortiz Ortiz	CC	65791200	MALLAMAS		X		X		X		X		X		X		X			
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cedula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cedula de extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea enfermedad del timo, (celiaca Sinestomia), Insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticuerpos

(3) Tiene problemas de coagulación: púrpura trombocitopénica, leucemia, hemofilia, enfermedad de Willebrand

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela, (la aplicación simultánea o a los ocho siguientes días para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 2 semanas

(5) Condición para vacunación especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador vacunador:

Versión: 06/2024

Salud | San Roque | Cayaima | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: Hospital San Roque MUNICIPIO: Cayaima LOCALIDAD / COMUNA: Angosturas BARRIO: Grupo 5

UNIDAD OPERATIVA: FECHA: 20 Noviembre 2024

Cuerpo del instrumento:

Nº	Información de la vivienda				Edad de población susceptible según grupos de edad								Edad de población susceptible a vacunación según esquema de vacunación								Edad de población susceptible a vacunación según esquema de vacunación								Edad de población susceptible a vacunación según esquema de vacunación								Condición de la vivienda					Observaciones
	Viviendas (E)	No Efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Condición de la vivienda	Remoción	Factores R/C servicio de salud	Factores R/C la familia	Otros	
1	E								1		1	4								0					1		1	2					1		1	2						
2		2										2								0								2								2					760 años
3	E						1	1		2		4			1	1				2						2	2						1		1						Padres ausentes
4	E				1	2			1			4	1	2			0			3					1		1						1		1					
5		1					1			1	1	3							1	1			1			1	2								0					
6		2										0								0								0								0					Cerrada
7	E									1		2								0						1	1							1		1					
8	E										2	2								0						2	2							2		2					
9				1	1				1			2	4	1						1					1		2	3								0					Renuente
10		2											0							0								0								0					Cerrada
11		2											0							0								0								0					abandonada
12	E								1	1	2	6					1	1	2	4						1		1					1		1					
13		2										0								0								0								0					cerrada
14	E					1				1		3		1						1						1		1					1		1					
15	E						1	1	1		1	6								0			1	1	1		1	4			1	1	1		1	4					Renuente
16	E									1		1								0						1		1					1		1					
17	E							1				1				0				0				1				1				1				1					
18																																									
19																																									
20																																									
21																																									
22																																									
23																																									
24																																									
25																																									
26																																									
27																																									
28																																									
29																																									
30																																									
TOTALES																																									

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CARACTERIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (contándose como vivienda una casa, un departamento, un cuarto, conventillo, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niñas/os o adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación cuando de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

NOTIVOS DE NO VACUNACION DE BARRIDO

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carnet de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información

Casa abandonada: vivienda: Viviendas/casas/casas evidentemente en el censo pueblos o ciudades

Renuente: Negativa, Actitud relacionados al apoyo/poca calidad de la población: religiosos, creencias de la zona, implicaciones de palabra, no confían en la vacuna, etc)

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no fuera suficiente vacuna

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no autorizaron el cese de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no aceptan en las anteriores describir

Instrumento DB-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio _____ **IPS vacunadora** _____

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	20/11/24	Jose Dario Tovar Yate	cc	93151353	59		Angostura	Nueva EPS	Creencias		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

22/11/24 grupo #5

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: _____ IPS vacunadora: _____ Extramural: Alegosave

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosuprimente? (2)		¿Toma algún medicamento inmunosuprimente? (3)		¿Tiene alguna alergia grave? (4)		¿Ha presentado alguna vez algún evento adverso grave después de recibir alguna vacuna contra la fiebre amarilla?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido inmunoglobulina antirrabica (pepep) o hemoderivados en los últimos 3 meses?		Embarazo	Lactancia	Firma de los entrevistados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Cumple criterio para vacunación especial (5)	
1	22/11/24	Mary Anne Rodriguez	CC	1003510662	Coosalud		X		X		X		X		X		X		X			
2		Glendi Charon Yara	TI	1 109 995141	Nueva		X		X		X		X		X		X		X			
3		Jose Julio Yara Yara	CC	1033757269	Nueva		X		X		X		X		X		X		X			
4		Yatiana Rocio Cortes	CC	53048335	Nueva		X		X		X		X		X		X		X			
5		Diana Flores Ibarra	CC	1026556342	Coosalud		X		X		X		X		X		X		X			
6		Jose Moises Cortes	CC	1109490729	Nueva		X		X		X		X		X		X		X			
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(2) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea enfermedad de Crohn, Lupus Eritematoso), Insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis multiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación). La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH

(3) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por mas de 15 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(4) Tiene problemas de respiración (urticaria, broncoespasmo, laringo edema, hipotensión) en piel (anticuerpo o equivalente), laringitis, enfermedad de Guillain

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica e lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, esta se puede reiniciar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del encuestador o vacunador: _____

Versión: 05/2024

Salud | SAN ROQUE | COYAIMA | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

22/11/24 grupo #5

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: Angostura MUNICIPIO: ______ LOCALIDAD / COMUNA: ______ BARRIO: ______

UNIDAD OPERATIVA: ______ FECHA: ______

Cuerpo del instrumento:

No. vivienda	Efectivas (E)	No Efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	[illegible] 1-8 años	9-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	[illegible] 1-8 años	9-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	[illegible] 1-8 años	9-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	[illegible] 1-8 años	9-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	Contraindicación médica	Renuencia	Factores relacionados al servicio de salud	Factores relacionados a la familia	Otros	Observaciones: Si encuentra un niño que refiera que no está vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb.
1	X							1				1				1				1								0								0						LL-309
2	X					1	1		2			4		1	1		2			4								0								0						
3	X							1				1								0				1				1				1				1						
4	X				1	2	2	1	1	1		8	1	1	2	1		1		6			1		1			2			1		1			2						
5	X					1		2		1	1	5		1		2		1		4							1	1								0						
6	X								1			1								0					1			1					1			1						
7	X								1			1								0					1			1					1			1						
8	X					1		1	1			3		1						1				1	1			2					1			1						[illegible]
9	X				7	1		2	1	1		8	3	1				1		5				2	1			3								0						
10			3																																							
11																																										
12																																										
13																																										
14																																										
15																																										
16																																										
17																																										
18																																										
19																																										
20																																										
21																																										
22																																										
23																																										
24																																										
25																																										
26																																										
27																																										
28																																										
29																																										
30																																										
TOTALES																																										

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: ______ ______ ______

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto...)	VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y conceder vacunación en caso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3. vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información.
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Contraindicación médica: [illegible]
	Renuencia: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: tradiciones, creencias de la zona, [illegible]
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llegó [illegible]
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no [illegible]
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas.

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de Coyaima

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

23-11-2024
Grupo N° 05

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió
					Años	Meses					
1	23-11-24	Yonifer Yoban Yara	CC	1007363541	24		Angostura	PIJAO	Medicamentos	Yolanda Yara	
2	23-11-24	Ricardo Yara	C		55		angostura		No suministra Infor		
3	23-11-24	Juan Tovar	CC		42		Angostura		No suministra Infor		
4	23-11-24	Helima Yate	CC		54		Angostura		No suministra Infor		
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

ACTA DE CIERRE DE MONITOREO DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA VEREDA CHENCHE AGUA FRIA

En el municipio de Coyaima, Departamento de Tolima, a los 18 días del mes de noviembre del 2024, se procede a la elaboración del presente Acta de Cierre del Monitoreo de Vacunación contra la fiebre amarilla, con base en la alerta de brote de fiebre amarilla emitida por las autoridades sanitarias competentes.

Objetivo: El presente acto tiene como finalidad documentar el cierre del proceso de monitoreo y evaluación de las actividades de vacunación contra la fiebre amarilla, ejecutado en respuesta a la alerta epidemiológica por brote de fiebre amarilla en la región del Tolima, con el objetivo de garantizar la inmunización de la población en riesgo y controlar la propagación del virus.

Antecedentes: El día 08/09/2024, se notificó al sivigila el primer caso de fiebre amarilla en el Tolima en el municipio de Villarrica posteriormente se presentaron más casos generando una alerta de brote. El Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social emitieron una alerta epidemiológica ante la identificación del aumento de casos en el departamento de Tolima. Dicha alerta conllevó a la implementación de una campaña intensiva de vacunación en las zonas afectadas y aledañas a los casos identificados con el fin de prevenir la expansión de la enfermedad y proteger a la población en riesgo.

3. Actividades Realizadas:

Durante el periodo comprendido entre el 27, 28, 29 y 2 de diciembre se realizaron las siguientes actividades de monitoreo y vacunación:

Revisión de cobertura: Se monitoreó la cobertura de vacunación casa a casa, con dos barridos el primero del 27 de noviembre al 2 de diciembre.

Campañas de sensibilización: Se realizaron charlas y sensibilización sobre la fiebre amarilla y la importancia de la vacunación.

Vacunación: Se realizaba vacunación cuando se identificaban casos susceptibles de ser vacunados en los siguientes rangos de edad de 1 a 59 años para asegurar el acceso de toda la población objetivo.

POBLACION SUSCEPTIBLE	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL, DE POBLACION PREVIAMENTE VACUNADA CON FIEBRE AMARILLA	68	54%
TOTAL, DE POBLACION ENCONTRADA NO VACUNADA	58	46%
TOTAL, DE POBLACION VACUANDA DURANTE EL BARRIDO	57	45%
TOTAL, DE POBLACION PENDIENTE POR VACUNAR	0	0%
TOTAL DE POBLACION RENUENTE	1	1%

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

CHENCHE AGUA FRIA

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
1 - 5	0	0%
6- 10	0	0%
11 -20	6	10%
21 - 30	11	19%
31 - 40	14	24%
41 - 50	10	17%
51 - 59	16	28%
Renuente	1	2%
TOTAL	58	100%

Del total de vacunados encontramos una persona renuente a la vacunación con un 2% A continuación se relacionan:

1. Danny Matoma cc: 28649192 de 50 años de edad afiliada a Pijao Salud.

6. Observaciones y Recomendaciones:

Fortalecer la vigilancia epidemiológica: Se recomienda continuar con la vigilancia activa para detectar posibles casos y prevenir futuros brotes.

Continuar con las estrategias de sensibilización: Es importante seguir promoviendo la educación comunitaria sobre la fiebre amarilla y la vacunación, especialmente en áreas rurales de difícil acceso.

Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO SOCIOEMITADO

Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO ___COTAIRA__ LOCALIDAD / COMUNA _____ BARRIO: VEREDA AGUA PRIA _____

UNIDAD OPERATIVA: ____ESE 04_____ FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

A.	B.														C.								D.								E.					F.
VIVIENDA	CARACTERISTICAS DE VIVIENDA				Edad de personas encontradas, según grupos de edad								Edad de población vacunada previamente con FIEBRE AMARILLA según grupos de edad								Edad de población encontrada NO vacunada según grupos de edad en barrido								Edad de gestantes vacunadas durante el barrido según grupos de edad								Área de procedencia de vacunados en el barrido según población					Observaciones
	Ubicación (C)	No Ubicada (NU)	Cerrada (C)	Otra tenencia	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-99 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-99 años	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-99 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-99 AÑOS	TOTAL	Cabecera(casco de Malaga	Rural(R)	Personas A/C servicios de salud	Personas A/C la familia	Otras	Si encuentra en casa que refiere que ya esta vacunado bien sea por barrido de vacunación de la SSAS o en sitio para declarar es PA/Vacunado
1		1										0								0								0								0						
2		1										0								0								0								0						
3			1									0								0								0								0						
4			1									0								0								0								0						
5			1									0								0								0								0						
6		1										0								0								0								0						
7	1											0								0								0								0						
8		1										0								0								0								0						
9			1									0								0								0								0						
10		1										0								0								0								0						
11	1										1	1								0							1	1							1	1						
12	1				1	1	1	1	1			5	1	1	1					3				1	1			2						1	1	2						
13	1						1					1			1					1								0								0						
14		1										0								0								0								0						
15		1										0								0								0								0						
16	1				1	1	1		0			3	1	1			1			4			1		1			2			1		1		2						
17	1				1	1				1		3	1	1				1		3								0								0						
18			1									1								0								0								0						
19			1									1								0								0								0						
20	1									2		2								0						2		2						2		2						
21		1										1								0								0								0						
22			1									1								0								0								0						
23			1									1								0								0								0						
24			1									1								0								0								0						
25			1									1								0								0								0						
26			1									1								0								0								0						
27			1									1								0								0								0						
28			1									1								0								0								0						
29		1										1								0								0								0						
30	1								1			1								0							1	1						1	1						
31	1				1		1	2	1		1	5	1		3	1				5				1	1		1	3				1	1		2						
32	1						1			1		2								0			1			1		2					1		1						
33			1									1								0								0								0						
34			1									1								0								0								0						
35	1				1		1	2				4	1		1	1				3				1				1				1				1						
36	1					1		1	1			3		1		1				2					1			1					1		1						
37	1								1		1	2								0					1		1	2					1		1	2					
38			1									1								0								0								0						
39	1										1	1								0							1	1							1	1						
40			1									1								0								0								0						
41			1									1								0								0								0						
42		1										1								0								0								0						
43		1										1								0								0								0						
44	1				1	1		1				3	1	1		2				4								0								0						
45	1				2		1	1				4	2							2			1	1				2			1	1			2						
46			1									1								0								0								0						

110	1						2				1	1			2					2							1	1							1	1					
111	1				1		2				1	4	1		1					2			1				1	2			1				1	2					
112	1								1		1	2								0					1		1	2					1		1	2					
113		1										3								0								2								0					
114			1									2								0								0								0					
115		1										3								0								2								0					
116		1										3								0								0								0					
117		1										3								0								0								0					
118		1										2								0								0								0					
TOTALES	**28**	**42**	**27**	**1**	**17**	**8**	**20**	**21**	**19**	**13**	**18**	**105**	**17**	**8**	**22**	**8**	**5**	**3**	**2**	**58**	**0**	**8**	**8**	**12**	**24**	**28**	**18**	**55**	**0**	**8**	**8**	**11**	**18**	**18**	**18**	**17**		**1**			

[illegible] equipos que [illegible]	
VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto ocupado por una familia)	**VIVIENDA EFECTIVA (E)**: vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación en caso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carnè de vacunación y un adulto se renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	**Contraindicación médica**: [illegible]
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población (religiosos, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes motivos que no encajan en los anteriores descritos.

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSP

Salud | ESE SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrado de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)- BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de GIRARDOTA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD / COMUNA _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

1	2				3								4								5								6						7
VIVIENDA (CASA)	CATEGORIAS DE VIVIENDAS				Total de población susceptible vacunada contra el virus del sarampión - ruebola por los grupos de edad								Total de población susceptible vacunada contra el virus del sarampión - rubeola por los grupos de edad - ESQUEMA AMARILLA								Total de población susceptible vacunada contra el virus del sarampión - rubeola por los grupos de edad - esquema de cero dosis								Total de población susceptible vacunada contra el virus del sarampión - rubeola por los grupos de edad - esquema de segunda dosis								Causas por las cuales no se vacunaron en el barrido de campo realizado						Observaciones
	Efectivas (E)	No Efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casas cerradas	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Desinformación materna	Renuente	Personas N/C mayores de edad	Inubicuo N/C la familia	Otros	
1		1										0								0								0								0						El encuestador sólo debe reflejar que en esta vivienda no se encontraron los niños de identificación de la muestra y el niño para barrido no requerido
2		1										0								0								0								0						
3			1									0								0								0								0						
4			1									0								0								0								0						
5			1									0								0								0								0						
6		1										0								0								0								0						
7	1						1					0								0								0								0						
8		1										0								0								0								0						
9			1									0								0								0								0						
10		1										0								0								0								0						
11	1									1		1								0							1	1						1	1							
12	1				1	1	1	1	1			5	1	1	1					3			1	1			1	2				1	1		2						
13	1						1					1			1					1								0								0						
14		1										0								0								0								0						
15		1										0								0								0								0						
16	1				2	1	1		2			6	2	1			1			4			1		1			2			1		1			2						
17	1				1	1				1		3	1	1				1		3								0								0						
18			1									0								0								0								0						
19			1									0								0								0								0						
20	1									2		2								0						2		2						2		2						
21		1										0								0								0								0						
22			1									0								0								0								0						
23			1									0								0								0								0						
24			1									0								0								0								0						
25			1									0								0								0								0						
26			1									0								0								0								0						
27			1									0								0								0								0						
28			1									0								0								0								0						
29		1										0								0								0								0						
30	1									1		1								0								0								0						
TOTALES												19								11								5								13						

Miembros del equipo que ejecuta el barrido: _____ _____ _____

CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (cuidadosa cada vivienda una vez, en departamento, un casa cerrada por

VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación masiva de los sujetos.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carnet de vacunación y un adulto es renuente a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Creencia religiosa / medical: Diversas: Indicaciones medicas en fisicas en el cinet sujetos y privado.

Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: Tradiciones, creencias de la casa, inconformidad de gobierno, no confían en la vacuna, etc)

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron el día de la vacunación (viajes, salida a otros actividades, etc)

Otros: Diversos motivos que se reportan en las anteriores opciones

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD / COMUNA _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

VISITA CASA	Viviendas visitadas en el barrido				Total de población encontrada susceptible según grupos de edad								Total de población encontrada vacunada con VACUNA ANUAL según grupos de edad								Total de población encontrada NO vacunada según grupos de edad								Total de población encontrada vacunada con otras vacunas del esquema, según grupos de edad								Casos de posible ESAVI presentados en el barrido según tipología					Observaciones
	Efectivas (E)	No Efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Generalización de edad	Renuente	Fortuito PAI/ servicio de salud	Relativos a la familia	Otros	
1	1				1		3	2	1		1	8	1		3	1				5				1	1		1	3			1	1	1		1	3						
2	1						1			1		2								0			1			1		2								0						
3			1									0								0								0								0						
4			1									0								0								0								0						
5	1				1		1	2				4	1		1	1				3				1				1				1				1						
6	1					1		1	1			3		1		1				2						1		1					1			1						
7	1								1		1	2								0						1		1					1			2						
8			1									0								0								0								0						
9	1										1	1								0							1	1							1	1						
10			1									0								0								0								0						
11			1									0								0								0								0						
12		1										0								0								0								0						
13		1										0								0								0								0						
14	1				1	1		2				4	1	1		2				4								0								0						
15	1				2		1	1				4	2							2			1	1				2								2						
16			1									0								0								0								0						
17				1			1	1		1	1	4			1	1			1	3						1		1								0	1					
18	1				1			1	1			3	1			1				2					1			1								0						
19		1										0								0								0								0						
20	1											0								0								0								0						
21		1										0								0								0								0						
22	1							1		1	1	3								0				1		1	1	3								0						
23	1				1	2	1	3	1	1	2	11	1	2	1	1				5				2	1	1	2	6								0						
24		1										0								0								0								0						
25			1									0								0								0								0						
26			1									0								0								0								0						
27	1										1	1							1	1								0								0						
TOTALES												56								31								25								29	1					

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CRITERIOS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiendase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto utilizado como	VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación ensaso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda deshabitada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Contraindicación médica: Dolencias o indicaciones médicas específicas en el carné infantil y el niño.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: religiosidad, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: cuando el personal de salud no lleva suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los padres de la familia no autorizan el día de la vacunación (viajes, salida a sitios extradiarios, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)- BARRIDO DOCUMENTADO

ALCALDÍA MUNICIPAL DE COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Campo del instrumento:

A.	B.												C.								D.								E.								F.
VALOR CASILLA	CATEGORÍA DE VIVIENDA				Total niños/niñas no vacunados según rango de edad								Total de niños/niñas no vacunados según rango de edad y CASA RENUENTE								Total de niños/niñas no vacunados según rango de edad y Vivienda Fallida								Total de niños/niñas no vacunados en el barrido según grupos de edad								Total de niños/niñas no vacunados en el barrido según motivos					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	31-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	31-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	31-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	31-59 años	TOTAL	Desconocimiento madres	Renuente	Factores E/C servicio salud	Factores R/C familia	Otros	
1		1										0								0								0								0						Si encuentra un niño que refiere que ya esta vacunado, anote los datos de identificación de la madre y el niño para hacerle el registro.
2		1										0								0								0								0						
3		1										0								0								0								0						
4	1							1				1					1			1								0								0						
5		1										0								0								0								0						
6	1				2		2		2		2	8	2		2					4					2		2	4					2		2	4						
7		1										0								0								0								0						
8			1									0								0								0								0						
9	1						1		1	1		3			1		1	1		3								0								0						
10	1				1		1	1				3	1							1			1	1				2								2						
11		1										0								0								0								0						
12		1										0								0								0								0						
13		1										0								0								0								0						
14		1										0								0								0								0						
15		1										0								0								0								0						
16	1				1			2				3	1							1				2				2					2			2						
17	1				1		1		1	1		3	1			1				2						1	1	2								0						
18	1						1					1				1				1								0								0						
19			1									0								0								0								0						
20		1										0								0								0								0						
21	1				1	1	1	1	1			3		1	1	1				3						1	1	2								0						
22			1									0								0								0								0						
23			1									0								0								0								0						
24			1									0								0								0								0						
25	1						1		1			2			1		1			2			1		1			2								2						
26	1					1	2	1			1	5		1	2					3				1			1	2				1				2						
27		1										0								0								0								0						
28		1										0								0								0								0						
29			1									0								0								0								0						
30			1									0								0								0								0						
TOTALES												38								22								16								16						

Miembros del equipo que ejecutan el barrido	_____ _____ _____
CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (utilizadas cuando vivienda una casa, un departamento, un cuarto cerrado, etc.)	VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la intervención y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación previo de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde se viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE : Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la intervención elegible con edad de vacunación y un adulto no renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Centro educativo cerrado: Ejemplo: Vacaciones escolares, semana santa en el caso Huila y Tolima.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población. Ejemplos: creencias de la zona, limitaciones de género, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el servicio de salud no tiene suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando las madres de la familia no aprueban el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diligenciar motivos que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento RD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | Hospital San Agustín

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

VIVIENDA No.	Situación de la vivienda (SV): Efectiva (E)	Situación de la vivienda (SV): No Efectiva (NE)	Situación de la vivienda (SV): Fallida (F)	Situación de la vivienda (SV): Casa renuente	Niños y niñas de 0 a 59 meses que residen habitualmente en la vivienda: 1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Niños y niñas de 0 a 59 meses vacunados por biológico según grupo de edad: 1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Niños y niñas de 0 a 59 meses vacunados con biológico según grupo de edad: 1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Causas de inasistencia: Contraindicación médica	Renuente	Ausente en el momento de la visita	Temor por RAPV de la familia	Otra	Observaciones
1			1									0								0								0							
2		1										0								0								0							
3			1									0								0								0							
4			1									0								0								0							
5			1									0								0								0							
6		1										0								0								0							
7		1										0								0								0							
8			1									0								0								0							
9		1										0								0								0							
10			1									0								0								0							
11		1										0								0								0							
12	1						1			1		2								0				1			1	2							
13	1							1		1		2								0					1		1	2							
14		1										0								0								0							
15		1										0								0								0							
16			1									0								0								0							
17			1									0								0								0							
18		1										0								0								0							
19		1										0								0								0							
20	1					2				1		3			1					1							1	1							
21	1				1	2				1	1	4	1		1					2				1			1	2							
22	1					2				1		2								0							1	2							
23		1										0								0								0							
24			1									0								0								0							
25		1										0								0								0							
26		1										0								0								0							
27		1										0								0								0							
28		1										0								0								0							
29																																			
30																																			
TOTALES												15								4								9							

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (cualquiera sea la vivienda una sola, en departamento, un cuarto usando por

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación previo de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información.

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Contraindicación médica: Presencia de condiciones médicas adversas en el niño/ sujeto a vacunar.

Renuente: Aquellos hogares rehusantes al consumo cultural de la población: tradiciones, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no autorizan el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores opciones

Instrumento RD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DI DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 11 AÑO 24

Grupo 4.
Cra. Agua fr

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																				ESQUEMA DE VACUNACION PAI												NOMBRE DEL VACUNADOR
		[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA	[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madres o Cuidadores)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO	PAI: BCG	PAI: TRIPLE VIRAL	PAI: FIEBRE AMARILLA	PAI: DPT (DIFTERIA, TETANOS Y TOSFERINA)	PAI: INFLUENZA			NO PAI: VPH	NO PAI: HEPATITIS B	NO PAI: HEPATITIS A	NO PAI: VARICELA	NO PAI: ESTACIONAL	NO PAI: NEUMONIA	NO PAI: TRIPLE VIRAL		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
1	1	CC	1105061340	10	06	96	28	F	Prueba	Santa	Edith Marcela	Sub	Salud Total	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria		316765 7153	Indigena																									
2	2	CC	1007600793	24	06	02	22	F	Chico	Prueba	Pedro Pablo	Sub.	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria		316765 7153	Indigena																									
3	3	CC	1203713060	07	05	10	14	F	Prueba	Dicuru	Nycol Dayana	Sub	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria			Indigena																									
4	4	CC	1105060405	19	10	93	31	F	Dicuru	Payuca	Nidia Esperanza	Sub	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria			Indigena																									
5	5	CC	1033707495	04	12	87	36	F	Contreras	Prueba	Diana Marcela	Sub	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria		316790 2240																									
6	6	CC	1105059275	01	10	08	15	F	Rodriguez	Contreras	Samir Yamil	Sub	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria.		316790 2240																									
7	7	CC	1070587492	21	02	05	19	F	Rodriguez	Lima	Alexis Lorena	Sub	Nueva Eps	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria		320574 9046	Indigena																									

11-20 21-30 31-40 41-50 51-59

6 7 2 3 3

LOTE

JERINGA	LOTE
CENTUM	
PNC 13V	
DPT	

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DI DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPI... SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 11 AÑO 24

Grupo 4

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: NO PAI	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	1	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1105057386 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 20 [6] MES 07 [7] AÑO 02 · [8] EDAD 22 · [9] SEXO F · [10] PRIMER APELLIDO: Alcupo · [11] SEGUNDO APELLIDO: Yara · [12] NOMBRES: Angi Milena · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Pijao Salud · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO: 317490 7586 · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	
2	2	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1105058952 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 23 [6] MES 04 [7] AÑO 07 · [8] EDAD 17 · [9] SEXO F · [10] PRIMER APELLIDO: Otavo · [11] SEGUNDO APELLIDO: Arocu · [12] NOMBRES: Nicol Esperanza · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Nueva eps · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO: 3001 0514 · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	
3	3	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1105059532 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 08 [6] MES 10 [7] AÑO 07 · [8] EDAD 17 · [9] SEXO F · [10] PRIMER APELLIDO: Arocu · [11] SEGUNDO APELLIDO: Yara · [12] NOMBRES: Christian Hernando · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Salud Y · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO: 3201 0514 · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	
4	4	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1105058014 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 17 [6] MES 11 [7] AÑO 83 · [8] EDAD 41 · [9] SEXO M · [10] PRIMER APELLIDO: Malambo · [12] NOMBRES: Eusebio · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Pijao Salud · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	
5	5	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1105062018 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 11 [6] MES 02 [7] AÑO 9826 · [8] EDAD 17 · [9] SEXO F · [10] PRIMER APELLIDO: Gutierrez · [11] SEGUNDO APELLIDO: Trujillo · [12] NOMBRES: Madeline · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Nueva eps · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO: 302334 0072 · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	
6	6	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 28644224 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 11 [6] MES 06 [7] AÑO 75 · [8] EDAD 49 · [9] SEXO F · [10] PRIMER APELLIDO: Yara · [11] SEGUNDO APELLIDO: Ticora · [12] NOMBRES: Delia · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Pijao Salud · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	
7	7	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1105057879 · FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 21 [6] MES 01 [7] AÑO 08 · [8] EDAD 16 · [9] SEXO F · [10] PRIMER APELLIDO: Loaiza · [11] SEGUNDO APELLIDO: Yara · [12] NOMBRES: Liliana · [13] REGIMEN: Sub · [14] ASEGURADORA: Pijao Salud · [16] CONDICION DE USUARIA: PAI · [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima · [16] AREA DE RESIDENCIA: Rural · [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Aguaitara · [18] DIRECCION DE RESIDENCIA · [19] TELEFONO · [20] GRUPO ETNICO: Indigena · [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO · [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD · [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) · [25] FECHA PROBABLE DE PARTO		10	

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI: BCG | TRIPLE VIRAL | FIEBRE AMARILLA | PENTAVALENTE / TETANICO Y DIFTERICO | INFLUENZA

NO PAI: VPH | HEPATITIS A | NEUMOCOCO | VARICELA | MENINGOCOCO | DOBLE VIRAL | TRIPLE VIRAL

28	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

JERINGA — LOTE

LOTE

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE[illegible] DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 22

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																	ESQUEMA DE VACUNACION PAI												NOMBRE DEL VACUNADOR
																			PAI						NO PAI						
																			BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	DOBLE ADULTO TETANICO Y DIFTERICO	INFLUENZA		VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	5ª DOSIS	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
																			26	27	28	29	30	31	32	34	35	36	38	40	41	
1	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			1006068851	24	06	1997	27	M	Paiche	Yara	Yoan Fabian		Sub.	Asmet Salud	PAI																	
1		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			coyaima	Rural	Cherche Agua Fria			Indijena		NA																						
2	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			1105057012	28	05	1994	30	M	Vargas	Lodiza	Isidro			NO met Salud	PAI																	
2		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			coyaima	Rural	Cherche Agua Fria.			Indijena		NA																						
3	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			1105055889	10	09	05	19	F	Prada	Yara	Kelly Alexandra		Contributivo VC	Foncay																		
3		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			Coyaima	Rural	Cherche Agua Fria		316 85 32703	Indijena																								
4	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			58691241	30	04	69	55	M	Soacha	Sogamoso	Luis Daniel		Sub	Psico Salud	PAI																	
4		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			Coyaima	Rural	Cherche Agua Fria		315 748 7072	Indigena																								
5	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			93443700	06	06	71	53	M	Prada	Chico	Jose Nel		Sub. Eps	Nueva	PAI																	
5		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			Coyaima	Rural	Cherche Agua Fria		316 765 7153	Indigena																								
6	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			28649968	24	03	74	50	F	Santa	Hernandez	Yamile		Sub	Salud Total	PAI																	
6		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			Coyaima	Rural	Cherche Agua Fria.		316 765 7153	Indigena																								
7	1	[2] TJD	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES		[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																		
			1007600419	04	06	99	25	F	Prada	Santa	Tatiana		Sub	Pijao	PAI																	
7		[22] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[23] AREA DE RESIDENCIA	[27] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[28] DIRECCION DE RESIDENCIA	[29] TELEFONO	[30] GRUPO ETNICO	[31] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[32] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[33] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)				[35] FECHA PROBABLE DE PARTO																		
			Coyaima	Rural	Cherche Agua Fria		316 765 7153	Indigena																								

Revacunado 11-05-2022

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT / DTA	
DPT * 10	
DPT * 20	

Ministerio de Salud y Proteccion Social

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA (DEPARTAMENTO) | COYAIMA (MUNICIPIO) | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E (INSTITUCION) | MES _____ AÑO _____

GRUPO 4

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	TIPO ID	NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO)	EDAD	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	REGIMEN	ASEGURADORA	CONDICION DE USUARIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	AREA DE RESIDENCIA	BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	DIRECCION DE RESIDENCIA	TELEFONO	GRUPO ETNICO	CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	CONDICION DE DISCAPACIDAD	CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	FECHA PROBABLE DE PARTO
1	1	TI	1105058492	20/04/2009	15	M	Arcca	Chico	Dairo	S	Pijao Salud		Coyaima	Rural	Agua fria			Indigena	NO	NO	NO	PAI
2		CC	5869282	02/19/1955	64	M	Matoma	Briñez	Arturo	S	Pijao Salud		Coyaima	Rural					NO	NO	NO	PAI
3		CC	78649246	23/07/1959	59	F	Yara	Otavo	Flor Maria	S	Asmet Salud		Coyaima	Rural	Agua fria				NO	NO	NO	PAI
4		TI	1005851191	21/02/2009	12	F	Ortiz	Agudelo	Angie Paola	S	Asmet Salud		Coyaima	Rural	Agua fria				NO	NO	NO	PAI
5		TI	1005729170	29/01/2009	12	M	Chila	Yara	Uver	S	Asmet Salud		Coyaima	Rural	Agua fria				NO	NO	NO	PAI
6		TI	1075276501	14/07/2009	12	F	Varcarcel	Cardenas	Yuli Katalina	S	Sanitas		Coyaima	Rural	Agua fria				NO	NO	NO	PAI
7																						

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

	PAI							NO PAI							NOMBRE DEL VACUNADOR
	BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	DIFTERIA TETANOS T	HEPATITIS B			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	PPSV23	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	38	42	43	
1				1d											Yerica Ramos
2				1d											
3				1d											
4				1d											
5				1d											
6				1d											
7				1d											

LOTE

JERINGA	LOTE
SANOFI	
SANOFI	
SANOFI	

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE: DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

GRUPO 4

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO ____

GRUPO 4

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	[1] T.M	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ADMINISTRADORA	[18] CONDICION DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI (BCG, TRIPLE VIRAL, FIEBRE AMARILLA, TETANOS Y DIFTERIA, INFLUENZA)	NO PAI (HVA, HEPATITIS A, DIFTERIA, VARICELA, ESTAFILOCOCO, INFLUENZA, TRIPLE VIRAL)	NOMBRE DEL VACUNADOR
															26 27 28 29 30 31 32	33 34 35 36 38 42 43	
			52170389	3	12	19 74	50	F	AROCA	TIGUE	BARBARA	S	PITAC SALUD	PAI	1d		
			1105056160 +1105059160	17	06	19 73	37	F	TIGUE	AROCA	MARIA ALFA	S	PITAC SALUD		1d		
29	1		93444845	21	09	19 66	58	M	TIGUE	CHICO	EMER		PILAC SALUD		1d		YEPICA CUMACO
	4																
	5																
	6																
	7																

[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO
COYAIMA	RURAL	AGUA FRIA			INDIGENA	NU	NU	NU	PAI
COYAIMA	RURAL	AGUA FRIA			INDIGENA	NU	NU	NU	
COYAIMA	RURAL	AGUA FRIA			INDIGENA	NU	NU	NU	PAI

11-20 1 | 21-30 2 | 31-40 2 | 41-50 2 | 51-54 3

LOTE

DOSIS	LOTE

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO D[illegible]E VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 12 | AÑO 24

Grupo 4

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

Ch - Pijao Salud

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

CONSECUTIVO	DIA	[1] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ADMINISTRADORA	[15] CONDICION DE USUARIA	[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[18] AREA DE RESIDENCIA	[19] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[20] DIRECCION DE RESIDENCIA	[21] TELEFONO	[22] GRUPO ETNICO	[23] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[24] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[26] FECHA PROBABLE DE PARTO	PAI: BCG	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	INFLUENZA	SARAMPION RUBEOLA	TRIPLE VIRAL	NO PAI: VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	INFLUENZA	SARAMPION RUBEOLA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
				20	17	18	19	20	21	22																													
1	OK	TI	1105058645	7	08	2009	16	F	Tique	Chico	Viviana	S	Pijao Salud	PAI	coyaima	Rural	Agua fria			Indigena			NO																
2	OK	TI	1105059789	08	01	2010	14	F	Tique	Chico	Greg	S	Pijao Salud	PAT	coyaima	Rural	Agua fria			Indigena	NO	NO	NO																
3	OK		28653027	05	12	1977	47	F	Chico	Rodriguez	luz mari	S	Salud Total	PAI	coyaima	Rural	Agua fria			Indigena																			
4	OK		1193040994	13	03	2003	21	F	Castaño	Alape	leydi Lorena	S	Pijao Salud	PAT	coyaima	Rural	Agua fria																						
5	OK		28853631	06	08	1963	59	F	Duccara	Gutierrez	luz marina		Pijao Salud	PAI	28853631		Agua fria																						
6	OK		28647747	13	4	1951		F	Yara		Mercilla	Subsidiado	Salud	PAT																								
7	OK		1105054689	14	03	1997	27	F	Yara	Ipaila	Paola	S	Pijao Salud	PAI	Coyaima	Rural	Agua fria			NO	NO	NO	NO																

11-20: 3 | 21-30: 3 | 31-40: 2 | 41-50: 6 | 51-59: 3

LOTE

DOSIS	LOTE
DOSIS 1/A	
DOSIS 2/B	
DOSIS 3/B	

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO D JE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 12 AÑO 24

GRUPO 4

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI: BCG | TRIPLE VIRAL | PRIMERA AMARILLA | TD/DT/ TT/DPT/ Y HEPATITIS B | INFLUENZA

NO PAI: VPH | MENINGITIS A | HEPATITIS A | VARICELA | PPSV | CHOLERIX | TRIPLE VIRAL

CONSECUTIVO	DIA	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA [6] MES [7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE VACUNACION	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	02	1	93443931	08 / 12 / 71	53	M	Tiguc	Chico	EDGar	S	NUEVA EPS	PAT	
2	02	1	1005778560	25 / 03 / 99	30	F	loaiza	Polache	Maria dolores	S	Pijao Salud	PAT	
3	02	1	1105055667	9 / 11 / 86	38	M	Yara	Olmes	Carlos Enrique	S	Pijao Salud	PAI	
4	02	1	28649885	09 / 03 / 80	44	F	AGUA	Chico	Denis			PAI	
5	02	1	40088936	05 / 06 / 78	46	F	Salazar	Sanchez	Esmilda	S	Asmet Salud	PAI	
6	02	1	93444368	4 / 05 / 74	50	M	Arroca	Loaiza	Jose Victor	S	Pijao	PAI	
7	02	1	1007724300	07 / 11 / 01	24	F	Tiguc	Chico	Natalia	Salud Total		PAI	

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT * 5D	
DPT * 5D	
DPT * 5D	

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCIÓN

MES 12 AÑO 24.

GRUPO 4

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	(3) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ADMINISTRADORA	(15) CONDICION DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI BCG	PAI TRIPLE VIRAL	PAI FIEBRE AMARILLA	PAI TETANOS DIFTERIA R	PAI INFLUENZA	NO PAI HEPATITIS A	NO PAI HEPATITIS B	NO PAI VARICELA	NO PAI NEUMOCOCO	NO PAI DOBLE VIRAL	NO PAI TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
															26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	
1	OK		52088145	22	08	47	44	F	AGUJA	CHICO	Maria Cristina	S	Salud	PAI			1d										
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(17) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Zaragoza centro	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO: Indigena	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NE	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): NU	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
2	OK		93444675	18	09	47	47	M	Tiguo	Cacaiz	Uver	C	Nueva EPS	PAI			1d										
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(17) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Zaragoza centro	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO: Indigena	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NU	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NE	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): NU	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
3	OK		1105057797	5	07	08	16	F	Briñez	AGUJA	Yenifer	S.	Capita Salud	PAI			1d										
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(17) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Zaragoza Centro	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
4		(3) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ADMINISTRADORA	(15) CONDICION DE USUARIA													
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(17) AREA DE RESIDENCIA	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
5		(3) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ADMINISTRADORA	(15) CONDICION DE USUARIA													
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(17) AREA DE RESIDENCIA	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
6		(3) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ADMINISTRADORA	(15) CONDICION DE USUARIA													
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(17) AREA DE RESIDENCIA	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
7		(3) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ADMINISTRADORA	(15) CONDICION DE USUARIA													
		(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(17) AREA DE RESIDENCIA	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO															

LOTE

JERINGA	LOTE
DOT 1 JER	
DOT 2 JER	
DOT 3 JER	

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO D DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | 29 MES Noviembre 2024

6-10 = 1
11-20 = 3
21-30 = 3
31-40 = 1
59-59 = 2

Grupo #04 Chenche agua Fria

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	TIPO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A)	EDAD	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	REGIMEN	ASEGURADORA	CONDICION DE USUARIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	AREA DE RESIDENCIA	BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	DIRECCION DE RESIDENCIA	TELEFONO	GRUPO ETNICO	CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	CONDICION DE DISCAPACIDAD	CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	FECHA PROBABLE DE PARTO
1	1	TI	1105060189	20/12/2011	12	F	Prada	Prada	Gina Tatiana	Sub	S. total		Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
2	2	TI	1105060338	14/02/1994	30	F	Prada	Prada	Ingrid Jacobi	Cont	Sanidad Militar	NA PAT	-	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
3	3	TI	1018476228			F	Aroca	Prada	Saira Valentina	cont	Sanidad Militar	NA PAS	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Agua Fria (Aroca)	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
4	4	TI	1105061622	17/04/2015	9	M	Aroca	Prada	Edinson Daniel	Cont	Sanidad Militar	NA PAS	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
5	5	TI	93443101	13/9/1968	56	M	Poloche		Jose Vidal	Sub	N. EPS	NA PAT	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
6	6	CC	1105062242	31/8/	18	F	Sanchez	Garcia	Jesica Lorena	Sub	N. EPS	NA PAT	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
7	7		93443456	2/8/1988	36	M	Aroca	Yara	Javier	Sub	A. Salud	NA PAT	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

	PAI						NO PAI						NOMBRE DEL VACUNADOR
	BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TD (DECIDUO O ESTERILIZANTE)	HEPATITIS B		TRIPLE BACTERIANA	HEPATITIS B	HEPATITIS A	VARICELA	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
	28	27	26	29	30	31	32	33	34	35	36	40	41
1			1	Refuerzo 11-02-2013 dosis									Vilmenes
2			1	dosis									Vera
3			1	dosis									Judith
4			1	dosis									
5			1	dosis									Caranth
6			1	dosis									
7			1	dosis									

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT 1ra	
DPT 2da	
DPT 3ra	

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO I DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembre AÑO 2024

Chenche Agua Fria
Grupo #04

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	[1] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[16] CONDICION DE USUARIA	[17] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[18] AREA DE RESIDENCIA	[19] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[20] DIRECCION DE RESIDENCIA	[21] TELEFONO	[22] GRUPO ETNICO	[23] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[24] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[25] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[26] FECHA PROBABLE DE PARTO
1	1	CC	1002353621	16	8	1998	26	F	Martinez	Gonzalez	Yoelis	Sub	FF HH	NA PAT	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
2	2	CC	1105061762	20	09	1997	27	M	Aroca	Poloche	Carlos Jhan	Cont	FF HH	NA PAT	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
3	3	CC	1105039654	8	10	1997	27	M	Santa	Prada	Juan David	Cont	N. EPS	NA PAT	Coyaima	Rural	Chenche Agua Fria	Chenche Agua Fria	NA	Indigena	NA	NA	NA	NA
4																								
5																								
6																								
7																								

ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
PAI						NO PAI								
[27] BCG	[28] TRIPLE VIRAL	[29] TRIPLE ANIMAL TERCERO TETANICO Y DIFTERICO	[30] INFLUENZA	[31]	[32]	[33]	[34]	[35] HEPATITIS A	[36] HEPATITIS B	[37] VARICELA	[38] VPH	[39] NEUMO 23	[40] TRIPLE VIRAL	
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
		1												Gareth Vera
		1												
		1												

LOTE

JERINGA	LOTE
DAP 0.05	
DAI 0.05	
AMA 0.05	

Ley 1751 - 2014

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: _____ **IPS vacunadora:** _____ **Extramural:** _____

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes?		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de consumir huevo, gelatina o proteínas de pollo?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusión sanguínea (plasma), inmunoglobulinas o medicamentos de riesgo en los últimos 3 meses?		Embarazo	Lactancia	Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Cuando sea para vacunación especial (5)		
1	J	Gina tatiana Prada	TI	1105060189	Famil		X		X		X		X		X		X		X			Gina Prada.
2	02	Ingrid Prada	CC	1105060338	Famil		X		X		X		X		X		X		X			Ingrid Prada
3	0	Saira valentina Aroca	TI	1018176228	Famil		X		X		X		X		X		X		X			Saira Aroca
4	1	Edinson David Aroca	TI	1105061682	Famil		X		X		X		X		X		X		X			Edinson Aroca.
5	2	Jose vidal Peloche	CC	93443101	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Jose vidal P.
6	3	Jesica lorena sanchez	CC	1105062242	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Jesica Lorena S.
7	2	Javier Aroca	CC	93144345	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X			Javier Aroca
8	1	Yoelys Gonzalez	CC	1002353621	Famil		X		X		X		X		X		X		X			Yoelys Gonzalez
9	7	Carlos Aroca	CC	1105061762	Famil		X		X		X		X		X		X		X			Carlos Aroca
10	21	Juan David Sarta	CC	1105059654	Sanitas		X		X		X		X		X		X		X			Juan David S.
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

(1) Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(2) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del tiroides (Incluye tiroiditis), insuficiencia renal o pélvica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se puede administrar a pacientes infectados por VIH

(3) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (por ejemplo: prednisona) por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticoagulantes

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y Tifoo (Ty21a), esperar 7 semanas

(5) Condición para vacunación especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador o vacunadora: _____

Versión: 08/2014

INFORME VACUNACION FIEBRE AMARILLA

VEREDA TERMINADA

NOMBRE DE LA VEREDA: CHENCHE BUENOS AIRES

FECHA DE BARRIDO: 24 AL 29 DE NOVIEMBRE DEL 2024

EBS GRUPO # 1

TOTAL DE PERSONAS	163
TOTAL DE CASAS	155
NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS PREVIAMENTE	78
NUMERO DE PERSONAS ENCONTRADAS NO VACUNADAS	78
NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS DURANTE EL BARRIDO	61
CASAS CERRADAS	0
CASAS ABANDONADAS	54
CASA ABANDONADA EN CONSTRUCCION	3
CABILDO	1
ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS	77
CASAS RENUENTES DONDE NO INDICAN CANTIDAD DE PERSONAS, SE NIEGAN A LA VACUNACION, SE NIEGAN EN BRINDAR LOS DATOS PERSONALES	6
CASAS CON BARRIDO EFECTIVO	41
CASAS CON BARRIDO NO EFECTIVO	99
CASAS FALLIDAS	0
CASAS RENUENTES	16

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

1 -5 años	6 -10 años	11 – 20 años	21 – 30 años	31 – 40 años	41 – 50 años	51 – 59 años
2	3	12	5	11	13	15

PERSONAS RENUENTES QUE NO QUISIERON FIRMAR: 2

NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE DOCUMENTO	EDAD	EAPB	LUGAR DE RESIDENCIA
JOSE PRADA COLO	CC:93443365	57	ASMET SALUD	CHENCHE BUENOS AIRES
YANURY MALAMBI	CC:52937157	39	NUEVA EPS	CHENCE BUENOS AIRES

PERSONAS RENUENTES QUE FIRMARON: 16 personas firmaron el formato de rechazo a la vacuna de la fiebre amarilla.

1 -5 años	6 -10 años	11 – 20 años	21 – 30 años	31 – 40 años	41 – 50 años	51 – 59 años
1	0	2	3	3	4	3

Dirección de Promoción y Prevención

Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: HOSPITAL SAN ROQUE DE COYAIMA   MUNICIPIO COYAIMA   LOCALIDAD / COMUNA: ZONA RURAL   BARRIO: VEREDA CHENCHE BUENOS AIRES

UNIDAD OPERATIVA: EBS # 1   FECHA: 24 DE NOV AL 28 NOV 224

Cuerpo del instrumento:

A. Viviendas	B. Categoría de: Efectivas (E)	No Efectivas	Fallidas (F)	Casa renuente	Total de población encontrada según grupos de edad: 1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	Total de población vacunada anteriormente con: 1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	Total de población encontrada NO vacunada: 1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	Total de población vacunada durante el: 1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	E. Contraindicado médico	Renuente	Rechazo R/C eventos de salud	Rechazo R/C familia	Otros	F. Observaciones: Si encuentra un niño que refiere que ya está vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb
1		1																																								1 + 59 años
2		1			1			2				3	1			2				3																						
3		1					1		2			3			1		2			3																						2 + 59 años
4	1									2		2														2		2						1		2						
5		1																																								1 + 59 años
6				1			1		1			2											1		1			2										2				1 + 59 años
7		1																																								2 + 59 años
8		1																																								1 + 59 años
9		1									1	1							1	1																						
10		1																																								casa abandonada
11		1																																								casa abandonada
12		1																																								1 + 59 años
13		1																																								casa abandonada
14		1																																								casa abandonada
15		1																																								casa abandonada
16				1	1			2				3	1			1				2				1				1										1				
17				1			1		1	1		3			1		1			2						1		1										1				2 + 59 años
18	1						1		1		1	3					1			1			1				1	2			1				1	2						1 + 59 años
19		1																																								casa abandonada
20		1																																								casa abandonada
21		1				1				2		3		1				1		2						1		1									1					orden medica - 2 + 59 años
22		1																																								casa abandonada
23		1																																								casa abandonada
24		1			2	1		1				4	2	1		1				4																						
25	1				1		1	1	2		1	6	1		1		2			4				1			1	2				1			1	2						1 + 59 años
26	1							1		1	1	3												1		1	1	3							1	1	2					2 personas x orden medica - 3 + 60
27				1							1	1															1	1										1				2 + 59 años
28	1				2		1	1				4	2							2			1	1				2			1	1				2						
29		1																																								2 + 59 años
30	1								1			1													1			1					1			1						2 + 59 años
31	1						1			1	1	3			1				1	2						1		1						1		1						1+59 años
32		1																																								casa abandonada en construccion
33		1																																								casa abandonada en construccion
34				1						1		1														1		1										1				
35		1																																								2+59 años
36		1									1	1							1	1																						
37		1						1			1	2				1			1	2																						
38	1										1	1															1	1							1	1						
39	1										1	1															1	1							1	1						
40		1																																								casa abandonada
41		1																																								casa abandonada
42		1																																								casa abandonada en construccion
43		1																																								2+59 años
44	1					1				1		2		1						1						1		1						1		1						1+59 años
45		1																																								1+59 años
46	1						1			1	1	3			1					1						1	1	2						1	1	2						1+59 años
47		1																																								casa abandonada
48		1																																								1+59 años
49	1				1	1	2	1	1		2	10	1	3	2				1	7				1	1		1	3				1	1		1	3						
50		1									1	1							1	1																						

51		1																																								casa abandonada
52		1																																								casa abandonada
53	1						1	2			1	4											1	2			1	4			1		1			2		2				
54	1						2			2		4						1		1			2			1		3			1			1		2				1		2+59 AÑOS
55		1				1		1	1	1		4		1		1	1	1		4																						
56		1								1		1						1		1																						
57				1			3		1	1		5																										5				NO BRINDA INFORMACION DE N
58		1																																								CASA ABANDONADA
59		1																																								CASA ABANDONADA
60		1																																								CABILDO
61	1				1	1	1		1			4	1	1	1					3					1			1							1	1						1+ 19 AÑOS
62				1																																						CASA RENUENTE NO INFORMAN
63				1																																						CASA RENUENTE NO INFORMAN
64		1																																								CASA ABANDONADA
65		1																																								1+ 19 AÑOS
66		1																																								CASA ABANDONADA
67	1					1	1		2			4		1	1		1			3					1			1					1			1						
68				1																																						NO BRINDAN INFORMACION
69				1																																						NO BRINDAN INFORMACION
70		1																																								CASA ABANDONADA
71	1				1		1			1		3	1		1					2						1		1						1		1						1+59 AÑOS
72	1				1		1		1			3	1				1			2			1					1			1					1						
73	1						2			1		3			1			1		2			1					1			1					1						
74		1																																								CASA ABANDONADA
75				1							1	1															1	1										1				
76		1																																								CASA ABANDONADA
77	1				1	1		1		1		4									1	1		1		1		4	1	1						2		2				
78		1																																								1+59 AÑOS
79		1																																								CASA ABANDONADA
80		1																																								CASA ABANDONADA
81		1																																								CASA ABANDONADA
82		1																																								CASA ABANDONADA
83		1									1	1							1	1																						1+59 AÑOS
84		1																																								CASA ABANDONADA
85		1																																								1+59 AÑOS
86				1																																						RENUENTE - NO DAN INFORMACI
87		1																																								CASA ABANDORADA
88	1									2		2														1		1						1		1		1				1+59 AÑOS
89		1																																								1+59 AÑOS
90		1																																								1+59 AÑOS
91		1																																								1+59 AÑOS
92	1				1	1	2		1	1		6	1		1		1			3		1	1			1		3		1	1			1		3						
93	1					1	1	1		1		4		1	1	1				3						1		1						1		1						
94	1				1		1					2			1					1	1							1	1							1		1				
95		1																																								casa abandonada
96	1					1			1			2										1			1			2		1			1			2						
97		1																																								1+59 años
98		1																																								2+59 años
99	1						2		1			3			1					1			1		1			2			1			1		2						
100		1																																								1+59 años
101		1																																								casa abandonada
102				1							1	1															1	1										1				1+59 años
103		1																																								casa abandonada
104	1						2	1			1	4			1					1			1		1		1	3			1		1		1	3						1+59 años
105	1										1	1															1	1							1	1						1+59 años
106		1																																								1+59 años
107		1			1			1				2	1			1				2																						1+59 años
108		1																																								casa abandonada
109		1								1		1						1		1																						1+59 años
110	1								1		1	2													1		1	2					1		1	2						

111	1										1	1															1	1							1	1						1+59 años
112		1																																								CASA ABANDONADA
113		1																																								2+59 años
114	1				2			1	1			4	2			1				3					1			1					1			1						
115	1						1		2			3					1			1			1		1			2			1		1			2						
116		1																																								1+59 años
117				1					1			1													1			1										1				2+59 años
118		1																																								2+59 años
119		1																																								casa abandonada
120		1																																								casa abandonada
121		1																																								1+59 años
122		1																																								casa abandonada
123	1						1					1											1					1			1					1						1+59 años
124		1																																								1+59 años
125		1																																								2+59 años
126		1																																								casa abandonada
127		1																																								casa abandonada
128		1																																								casa abandonada
129	1										1	1															1	1							1	1						
130	1						1				1	2			1					1							1	1							1	1						
131		1																																								2+59años
132	1								1			1													1			1					1			1						casa abandonada
133	1					1	1		1			3		1						1			1		1			2			1		1			2						
134		1																																								casa abandonada
135		1																																								casa abandonada
136		1																																								2+59años
137		1																																								casa abandonada
138		1																																								casa abandonada
139		1																																								casa abandonada
140		1																																								2 + 59 años
141	1							1		1		2				1				1						1								1		1						
142		1																																								casa abandonada
143		1																																								casa abandonada
144				1							1	1															1	1							1	1						
145		1																																								casa abandonadas
146		1																																								casa abandonadas
147	1							1				1												1				1				1				1						3 + 59 años
148	1									1		1														1		1						1		1						
149	1						1	1				2			1					1				1				1				1				1						2 + 59 años
150		1																																								casa abandonada
151		1																																								casa abandonada
152		1																																								casa abandonada
153				1							1	1															1	1										1				
154		1																																								casa abandonada
155		1																																								casa abandonada
156		1																																								casa abandonada
TOTALES	**41**	**99**	**0**	**16**	**17**	**14**	**35**	**21**	**25**	**25**	**26**	**163**	**15**	**11**	**18**	**10**	**11**	**6**	**7**	**78**	**2**	**3**	**14**	**10**	**14**	**17**	**19**	**78**	**2**	**3**	**13**	**5**	**11**	**13**	**15**	**61**	**3**	**21**	**0**	**1**	**0**	

Miembros del equipo que	
CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto ocupado)	**VIVIENDA EFECTIVA: (E)** vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación encaso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE : Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carnet de vacunación y un adulto es renuente a brindar información.
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Contraindicación médica: Diversas indicaciones médicas señaladas en el nivel publico y privado.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: (religiosos, creencias de la zona, implicaciones de género, no confiar en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llevo suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otras: Diferentes razones que no encajan en los anteriores descritos

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | Hospital San Roque | Gobernación del Tolima | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Hospital San Roque. MUNICIPIO: Cajaima LOCALIDAD / COMUNA: Rural BARRIO: Chenche Buenos Aires
UNIDAD OPERATIVA: GBS #1 FECHA: 24/11/24

Cuerpo del instrumento:

VIVIENDA CASA	CATEGORÍA DE VIVIENDA VISITADA: Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	Total de población menor de edad - niños y niñas por rango de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-15 AÑOS	16-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Total de población susceptible vacunada (primera dosis) - niños y niñas por rango de edad: 1-5 años	6-10 años	11-15 años	16-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Total de población susceptible vacunada (primera dosis) - adultos por rango de edad: 1-5 años	6-10 años	11-15 años	16-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Total de población susceptible vacunada (primera dosis) - Gestantes según grupos de edad: 1-5 años	6-10 años	11-15 años	16-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Total de población no vacunada por barrera de vacunación según motivos: Contraindicación médica	Renuente	Inasistencia y/o ausencia de salud	Fallecimiento en la familia	Otros	Observaciones
1		X						2				3	1			2				3																	1 + 5 Años
2		X			1							3	1				2			3																			2 + 5 años -
3		X					1		2			3			1		2			3																			
4	X									2		2													2		2				2		2							1 + 5 años
5		X																																					1 + 5 años
6				X			1		1			2											1		1		2												2 + 5 años
7		X																																					1 + 5 años
8		X																																					Casa abandonada
9		X									1	1							1	1																			Casa abandonada
10		X																																					1 + 5 años
11		X																																					Casa abandonada
12		X																																					Casa abandonada
13		X																																					Casa abandonada
14		X																																					Casa abandonada
15		X																																					Casa abandonada
16				X	1			2				3	1			1				2			1		1								1							2 + 5 años
17				X			1		1	1		3			1		1			2				1		1								1						2 + 5 años
18	X						1		1		1	3																												1 + 5 años
19		X																																					Casa Abandonada
20		X																																					Casa Abandonada
21		X				1				1		3		1				1		2																			Quinto Trimestre 2 + 5 años
22		X																																					Casa Abandonada
23		X																																					Casa Abandonada
24		X			2	1		1				4	2	1		1				4																			1 + 5 años
25	X				1		1	1	2		1	6	1		1		2			4			1		1	1			1				1	2						0 + 11 + 5 años
26	X							1		1	1	3											1		1	2								1		1					2 + 5 años
27				X							1	1													1	1										1					2 + 5 años
28	X				2		1	1				4	2							2			1	1		2									2					2 + 5 años
29		X																																					2 + 5 años
30	X								1			1													1										1					2 + 5 años
TOTALES																																								

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (cualquiera sea la vivienda una casa, un departamento, un cuarto, vivienda rural, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunarlos según el esquema de su momento.
VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda deshabitada. 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada
VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Contraindicación médica: Personas con condiciones médicas subyacentes en el cual vacunar es riesgoso.
Renuente: Negativa/ factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias, costumbres de la zona, inconformismo de padres, no confían en la vacuna, etc.)
Factores relacionados a servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficientes vacunas
Factores relacionados a la familia: Cuando los niños/as no se encuentran en la fecha en el momento de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Documento 03-1
Elaborado por: PAI - PEPS

Salud

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUME[illegible]00

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD / COMUNA _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

NÚMERO DE ORDEN	CATEGORÍA DE VIVIENDAS				Total de personas residentes en la vivienda según rango de edad								Total de personas residentes en la vivienda según rango de edad que requieren vacunación								Total de personas residentes en la vivienda según rango de edad que no requieren vacunación								Total de personas residentes en la vivienda según rango de edad que requieren vacunación y no se vacunan								Motivo de no vacunación en barrido					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Fallecido y/o ausente definitivo	Fallecimiento de la familia	Otros	Si encuentra un niño que refiere que ya esta vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para hacerle en [illegible]
1	X						1			1	1	3			1				1	2						1		1						1		1						1999 ojos 31
2		X																																							contracepti 32
3		X																																							Inyección 33
4				X						1		1														1		1														34
5		X																																							2159 años 35
6		X									1	1						1		1																						36
7		X					1	1			1	3				1		1		2																						37
8	X										1	1														1	1	2							1	1						38
9	X										1	1														1	1	2							1	1						39
10		X																																								mas abandonada 40
11		X																																								Casa abandonada 41
12		X																																								Contracepción 42
13		X																																								2 años 43
14	X					1				1		2		1						1						1		1							1	1						1 año 44
15		X																																								7 años 45
16	X					1			1	1		3			1					1						1	1	2							1	1						1 año 46
17		X																																								mas abandonada 47
18		X																																								1 año 48
19	X				1	3	2	1	1		2	10	1	3	2					6				1	1		1	3				1			1	3						49
20		X									1	1								1																						50
21		X																																								mas abandonada 51
22																																										casa abandonada 52
23	X						1	2			1	4												1	2		1	4			1		1			2		2				ausencia 53
24																																										
25																																										
26																																										
27																																										
28																																										
29																																										
30																																										
TOTALES	7	15	0	1	1	4	5	4	3	9	10	29	1	4	4	1	0	3	5	15	0	0	1	2	1	4	6	14	0	0	1	3	2	3	4	11		3			

Miembros del equipo que ejecuta el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS Cada vivienda corresponde a una casa, un departamento, un cuarto alquilado, etc.	VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as o adolescentes sujetos a la vacunación y hay en ese momento disponibilidad para suministrar la información y consentir vacunación contra el sarampión.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto disponible o suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con dosis de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Contraindicaciones médicas: Alergias, niños/as con medicas señalados en el PAI (niños y niñas)
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias de la casa, inconformidad de algunos en confiar en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no hace contacto efectivo.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no acompañan al día de la vacunación (citas, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | Hospital San Roque | Salud | Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Hosp San Roque MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: D. Charco Buenos Aires BARRIO:
UNIDAD OPERATIVA: ESE001 FECHA: 26-11-24

Cronograma del incumplimiento:

VISITA casa	CATEGORÍA DE VIVIENDA: Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa cerrada	Total dosis aplicadas a niños/as según grupos de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Total dosis aplicadas a adolescentes según grupos de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Total dosis aplicadas a adultos según grupos de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Total dosis aplicadas a personas mayores según grupos de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	60-100 AÑOS	TOTAL	Causa de no vacunación en niños/as: Contraindicación médica	Rechazo	Inasistencia a/c servicio de salud	Fallidas a/c falta tiempo	Otros	Observaciones: Si encuentra un niño que refiere que ya está vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIWEB.
1	X						1			2		3						1		1			1					1					1		1		X			2460
2		X				1		1	1	1		4		1		2	1	1		4																			
3		X								1		1						1		1																			
4				X			3		1	1		5																								5			No Quiso Más
5		X																																				Casa Abandonada
6		X																																				No Salud
7		X																																				1460
8	X				1	1	1		1			4	1	1	1					3				1		1					1		1						No da Información
9				X																																		No da Información
10		X		X																																		Casa abandonada
11		X																																				1460
12		X																																				Casa abandonada
13		X																																				
14	X					1	1		2			4		1	1	1				3				1		1					1		1						No Brinda Información
15				X																																		No da Información
16				X																																		Casa abandonada
17		Y																																				
18	X				1		1			1		3	1		1					2					1	1					1		1						1460
19	X				1		1		1			3	1			1				2											1		1						
20	X						2		1			3				1		1		2											1		1						Casa abandonada
21		X																							1	1													
22				X							1	1																											Casa abandonada
23		X																																				2 Llamadas 1460
24	X				1	1		1		1		4									1	1		1		1		4	1	1					2		2		1460
25		X																																				Casa solo
26																																							Solo
27																																							Solo
28		X																																				Solo
29		X																																				1460
30		X									1	1																											
TOTALES	8	22	0	7	4	4	10	2	6	8	2	36	3	1	4	1	1	2		12	1	1		2	2	1	8	1		2		1	1		5				

Miembros del equipo que ejecuta el barrido:

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (solamente viviendas casa casa, un departamento, un cuarto cerrado con llave)	VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación incluso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y renuente a la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con rechazo de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información.
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO	Contraindicación médica: Diagnósticos (enfermedad, problema) específicos en el nivel individual o familiar.
	Rechazo: Negativa (actitud, relacionada al contenido cultural de la población) / religiosos, creencias de la zona, desinformación de padres, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente stock.
	Factores relacionados a la familia: Cuando se suspende de la rutina no operativos en día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores (escribir)

Instrumento MD-3
Elaborado por PAI - MSPS

Salud | EN BOGUE | COYAIMA | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD / COMUNA _____ BARRIO: _____
UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____
Cuerpo del instrumento:

Nº	Vacunado en vivienda		Fallida (F)	Zona insegura	Total de niños y niñas vacunados según grupos de edad							TOTAL	Total de niños y niñas vacunados según grupos de edad (Según grupos de edad)							TOTAL	Total de personas vacunadas durante el barrido según grupos de edad							TOTAL	Causas de no vacunación en el barrido					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)			1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		Contraindicación médica	Rechazo	Fallida R/U ausencia de salud	Ausencia s/n la familia	Otros	
1		X																														
2		X																														
3				X																												
4		X																														
5	X									2		2							1	1						1		1		1			
6		X																														
7		X					1																									
8		X																														
9	X				1	1	2		1	1		6	1		1		1			3		1	1			1		3		1		3		
10	X					1	1	1		1		4			1	1	1			3						1		1				1	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
21																																	
22																																	
23																																	
24																																	
25																																	
26																																	
27																																	
28																																	
29																																	
30																																	
TOTALES	4	3	2	1	1	1	3	1	1	4		11	1	1	2	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	2	1	8	1	1	1	2	4	

Nombres del equipo que ejecuten el barrido	2 1 / 1 1 2 / 1 4 / 9 / 1 / 1 / 1 / 3 / 2 / 2 / 1 1 / 2 / 4
CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiendase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto alquilado, etc)	VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niñosas y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir voluntariamente ampliar de sus menores. VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñosas y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada. VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñosas y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusaron a brindar información Contraindicación médica: Razones médicas definidas por el área de salud pública o privada. Rechazo: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población (religiosos, creencias de la zona, organizaciones de género, no confían en la vacuna, etc) Fallidas relacionadas al servicio de salud: Cuando el personal de salud no pudo llegar oportunamente. Fallidas relacionadas a la familia: Cuando no hubieron en la familia responsables al día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc) Otros: Diferentes razones que no abarcan las de anteriores opciones

Instrumento BD-I
Elaborado por: PAI - INS05

Si vacunado un niño que refiere que ya esta vacunado lo ves los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en Primero

cerrado
460
NO Información
Abandonado
1960
460
460

Salud | Hospital San Rocque | Grupo 01 - 27-11-2024

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Chanche buenos aires

Gobernación del Tolima | COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: U.J.R. FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

MANZANA (OPC)	CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA				Total de personas que residen en la vivienda (Hog en el momento de la visita)								Total de personas que residen en la vivienda y requieren vacunación								Total de personas susceptibles de vacunación que residen en la vivienda								Total de personas susceptibles Vacunadas durante la visita (Hoy - día de la visita)								Causas de no vacunación o vacunación incompleta					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Carnetización o visita	Renuente	Fallecido S/C servicio de salud	Fallecido S/C la familia	Otros	
1	X				1		1					2			1					1	1							1	1							1	1				1 439 años 94
2		X																																						Falta dirección 95
3	X					1			1			2					1			1					1			2		1			1			2					96
4		X																																						1 439 años 97
5		X																																						2 439 años 98
6	X						2		1			3			1					1			1		1			2			1		1			2					99
7		X																																						1439 años 100
8		X																																						niña discapacidad 101
9			X						1	1		2													1	1		2			1										1439 años 102
10		X																																						niña discapacidad 103
11	X					2	1		1	4		8			1					1			1		1	1	3			1		1		1	3						1439 años 104
12	X								1	1		2													1	1	2					1		1	2						1439 años 105
13																																									
14																																									
15																																									
16																																									
17																																									
18																																									
19																																									
20																																									
21																																									
22																																									
23																																									
24																																									
25																																									
26																																									
27																																									
28																																									
29																																									
30																																									
TOTALES	4	6	1	1	1	3	5	1	4	5	0	19	0	0	3	0	1	0	0	4	1	1	2	0	3	0	3	10	0	1	2	0	2	0	2	7		2			

Nombres del equipo que aperan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto usado como	VIVIENDA EFECTIVA: (E) Vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación siempre de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda deshabitada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Cognoscitivo/político/religioso: Incertidumbre o creencias erróneas sobre vacunas en el grupo objetivo o el hogar.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias de la zona, tradiciones de padres no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene voluntad o recursos.
	Factores relacionados a la familia: Cuando las intenciones de la familia no concuerdan el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Situaciones externas que no encajan en los anteriores descritos.

Instrumento 01-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | SAN ROQUE | Grupo 01- 28-11-2024

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Chanche Buenos aires

Gobernación del Tolima COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Campo del instrumento:

Manzana	CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDAS				Total de personas residentes según grupos de edad								Total de personas vacunadas previamente según grupos de edad								Total de personas a vacunar en el momento según grupos de edad								Total de personas vacunadas durante el barrido según grupos de edad								Causas de no vacunación en el barrido según motivos					Observaciones
	Visitadas (V)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	Contraindicación médica	Ausencia	Padres no/c ausencia de salud	Rechazo a/de familia	Otros	Si encuentra un niño que refiera que ya esta vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para hacerle un PAI web.
1		X																																						4459 nico 106
2		X			1			1				2	1			1				2																				1138 nico 107
3		X																																						mia abandonado 108
4		X							1			1					1			1																				4459 nico 109
5	X								1		1	2													1		1	2					1		1	2						110
6	X										1	1													1		1	2							1	1						4459 nico 111
7		X																																						mia abandonado 112
8		X																																						2459 nico 113
9	X				2		1	1				4	2			1				3					1			1					1			1						114
10	X					1		2				3				1				1					1			2			1		1			2						115
11		X																																						4459 nico 116
12			X					1				1													1			1											1			2459 nico 117
13		X																																						2459 nico 118
14		X																																						mia abandonado 119
15		X																																						mia abandonado 120
16		✓																																						4459 nico 121
17		X																																						mia abandonado 122
18	X					1						1											1					1			1					1						4459 nico 123
19		X																																						4459 nico 124
20		X																																						2459 nico 125
21		X																																						casa abandonada 126
22		X																																						mia abandonado 127
23		X																																						casa abandonada 128
24	X										1	1													1		1	2							1	1						
25																																									
26																																									
27																																									
28																																									
29																																									
30																																									
TOTALES	16	16	1	1	3	0	1	2	3	1	3	16	3	0	0	2	1	1	0	7	0	0	2	0	4	0	3	9	0	0	2	0	2	0	5	9	0	0	1						

Vacunadores del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (Cuidadosos cuando vivienda son casa, un departamento, un cuarto colectivo, etc)	VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación incluso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO	Contraindicación médica: Dolencias incluyendo reacciones adversas en el cual padres y acudido.
	Ausencia: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: tradiciones, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no hace sensibilización vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no autorizan el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores opciones.

Instrumento 60-1
Elaborado por: PAI - PESPS

Salud | Alcaldía San Roque | Alcaldía Municipal de COYAIMA | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenib...
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: _____

UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Cuarto del instrumento: _____

MANZANA	CONDICIÓN DE LA VIVIENDA				Total de niños y niñas menores de 5 años								Total de niños y niñas vacunados anteriormente con una DPT, PENTA o pregunta (por edad)								Total de personas adultas mayores de 60 años vacunadas anteriormente con influenza (por grupos de edad)								Total de personas adultas vacunadas hoy con influenza (por grupos de edad)								Causas por las cuales no se vacunaron hoy					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Padres no/c vacuna	Padres N/C la Tarjeta	Otros	
1	2					1	1				1	2			1					1							1	1						1	2					2 + 59
2		1																																					Cerrado
3	1								1			1																				1			1				
4	1					1	1		1			3		1						1			1					1				1			2				Casa abandonada
5		1																																					Casa abandonada
6		1																																					24 en niños
7		1																																					Casa abandonada
8		1																																					Casa cerrada
9		1																																					Casa cerrada
10		1																																					2 a 59 años
11		1																																					
12	1						1		1			2			1					1					1			1				1			1					Casa abandonada
13		1																																					Casa abandonada
14		1																																					
15	1									1		1																					1		1					Casa abandonada
16		1																																					Casa abandonada
17		1																																					Casa abandonada
18	1							1				1					1			1				1				1			1				1				2 a 59 años
19	1									1		1						1		1					1			1					1		1				
20	1						1	1				2			1					1				1				1				1			1					2 a 59 años
21		1																																					Casa abandonada
22																																							Casa abandonada
23		1																																					Casa abandonada
24				1																														1					NO INFORMACION
25			1																																				Casa abandonada
26			1																																				Casa abandonada
27																																							
28																																							
29																																							
30																																							
TOTALES																																							

Hallazgos del equipo que ejecuten el barrido: _____ _____ _____

CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto, un solar, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA (E): Vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y aceptar vacunación acorde de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y aceptar la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con corte de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Cuadrante Rojo (EE Violencia): Disturbios, balaceras, riesgos inminentes de orden público y violencia.

Vacunación: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población, creencias, prejuicios de padres, no quieren en la vacuna, etc)

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente tiempo.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no adquieren el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento B2-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

Cheriche EBS Aires 24/11/24 EBS #1.

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 AÑO 24

Ch. Buen Aires

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI						NO PAI								
			BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TDEPAT (TETANOS, DIFTERIA Y TOSFERINA)	INFLUENZA		VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	PPSA (NEUMO)	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
			26	27	28	29	30	31	32	39	35	36	38	39	40	41	
1		[6] TID CC [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 93443724 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 14 [9] MES 04 [10] AÑO 19 36 — [11] EDAD 54 — [12] SEXO M — [13] PRIMER APELLIDO Poloche — [14] SEGUNDO APELLIDO Rodriguez — [15] NOMBRES Jorge David. — [16] REGIMEN S — [17] ASEGURADORA Asmet Salud. — [18] CONDICION DE USUARIA			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Vereda Cheriche Buenos Aires. — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO 316 214 1003 — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO PAE														
2	28-11-24	[5] TID TI [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 1105057693 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 16 [9] MES 10 [10] AÑO 2007 — [11] EDAD 17 — [12] SEXO M — [13] PRIMER APELLIDO Colmo — [14] SEGUNDO APELLIDO alape — [15] NOMBRES Jose omar — [16] REGIMEN S — [17] ASEGURADORA — [18] CONDICION DE USUARIA			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Vereda chenche Buenos Aires — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO NA														
3		[5] TID CC [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 93445791 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 02 [9] MES 02 [10] AÑO 1984 — [11] EDAD 40 — [12] SEXO M — [13] PRIMER APELLIDO ALAPE — [14] SEGUNDO APELLIDO TIQUE — [15] NOMBRES Nicolas — [16] REGIMEN S. — [17] ASEGURADORA Pijao Salud — [18] CONDICION DE USUARIA			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C. — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Cheriche buenos Aires. — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO PAE														
4		[5] TID [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 28648397 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 03 [9] MES 12 [10] AÑO 1969 — [11] EDAD 54 — [12] SEXO F — [13] PRIMER APELLIDO Alape — [14] SEGUNDO APELLIDO Quiñonez — [15] NOMBRES luz Albo — [16] REGIMEN S. — [17] ASEGURADORA Pijao salud — [18] CONDICION DE USUARIA			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Cheriche Buenos Aires. — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO PAE														
5		[5] TID CC [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 93.443.273 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 27 [9] MES 06 [10] AÑO 1974 — [11] EDAD 50 — [12] SEXO F — [13] PRIMER APELLIDO Alape — [14] SEGUNDO APELLIDO Quiñonez — [15] NOMBRES Jose Orlando — [16] REGIMEN S. — [17] ASEGURADORA Pijao salud — [18] CONDICION DE USUARIA			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C. — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Cheriche Buenos Aires — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO PAE														
6		[5] TID [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 1.105.057.872 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 01 [9] MES 01 [10] AÑO 2010 — [11] EDAD 14 — [12] SEXO F — [13] PRIMER APELLIDO Poloche — [14] SEGUNDO APELLIDO Alape — [15] NOMBRES Deiby Jarneth — [16] REGIMEN S. — [17] ASEGURADORA Magisterio — [18] CONDICION DE USUARIA			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C. — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Cheriche Buenos Aires — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO PAE														
7		[5] TID CC [7] NUMERO DE IDENTIFICACION 1105060798 — FECHA DE NACIMIENTO [8] DIA 20 [9] MES 02 [10] AÑO 1995 — [11] EDAD 29 — [12] SEXO M — [13] PRIMER APELLIDO Copero — [14] SEGUNDO APELLIDO tique — [15] NOMBRES Edilson — [16] REGIMEN S — [17] ASEGURADORA Asmet Salud. — [18] CONDICION DE USUARIA NO Refiere			X											
		[19] MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — [20] AREA DE RESIDENCIA R. — [21] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Cheriche Buenos Aires. — [22] DIRECCION DE RESIDENCIA — [23] TELEFONO — [24] GRUPO ETNICO — [25] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [26] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [27] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [28] FECHA PROBABLE DE PARTO PAE														

LOTE

JERINGA	LOTE
DATS DA	
DAT 5DS	
DAT 10DS	

EBS HOI
24-11-2024

11-20 2
21-30 2
31-40 1
41-50 3
51-54 2

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

EBS 1 24/11/24

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 11 AÑO 24

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

Consecutivo	Día	(3) T.ID	(4) Número de identificación	(5) Día	(6) Mes	(7) Año	(8) Edad	(9) Sexo	(10) Primer apellido	(11) Segundo apellido	(12) Nombres	(13) Régimen	(14) Aseguradora	(24) Condición de usuaria
1	24-11	CC	1053098692	02	01	2006	18	F	trujillo	Aroca	Estefania	S	Salud total	/
2	24-11	CC	1105054460	16	11	1984	39 años	F	yate	tique	Carolina	S		Sindrome de down
3	24-11	CC	52532003	08	01	1978	46 años	F	Quiñones	Alape	Libia	S	Pijao Salud	No refiere
4														
5														
6														
7														

Consecutivo	(15) Municipio de residencia	(16) Área de residencia	(17) Barrio / centro poblado o vereda de residencia	(18) Dirección de residencia	(19) Teléfono	(20) Grupo étnico	(21) Condición de desplazamiento	(22) Condición de discapacidad	(23) Correo electrónico (Madre o Cuidador)	(25) Fecha probable de parto
1	C	R.	Vereda chenche Buenos Aires							PAI
2	C	R.	Vereda chenche Buenos Aires.							PAI
3	C	R	Vereda chenche Buenos Aires							PAI
4										
5										
6										
7										

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

Consecutivo	PAI: BCG (26)	Triple viral (27)	Fiebre amarilla (28)	Tétanos difteria (29)	Influenza (30)	(31)	(32)	NO PAI: VPH (33)	Hepatitis A (34)	Hepatitis B (35)	Varicela (36)	Neumococo (37)	Influenza (38)	Triple viral (39)	Nombre del vacunador
1			X												Ingrid Yate
2			X												
3			X												
4															
5															
6															
7															

LOTE

Jeringa	Lote

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HDSPA SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

GRUPO 01 - 25-11-2024

IDENTIFICACION DEL VACUNADO Chenche Buenos aires

CONSECUTIVO	DIA	[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] RESIDENTE	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE GESTANTE	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI BCG	PAI POLIO VIRAL	PAI PENTA VALENTE (DPT/DTP/DT/TD Y HEPATITIS B)	PAI SRP (TRIPLE VIRAL)	PAI FIEBRE AMARILLA	PAI	NO PAI VPH	NO PAI DIFTERIA	NO PAI TOSFERINA	NO PAI TETANOS	NO PAI HEPATITIS A	NO PAI INFLUENZA	NO PAI TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
				28	29	30	31	32							34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45		
1	25-11-2024	CC	65.585.196	12	10	1976	46	F	Poloche	Tovar	Maria leyla		Fomi sanar	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche buenos aires	[20] TELEFONO: 320893 8786	[21] GRUPO ETNICO: NO			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
2	25-11-2024	CC	43.731.459	22	12	1969	54	F	Gutiosa	Hoyo	Bernarda del carmen		Sanidad militar	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[20] TELEFONO: 320896 5574	[21] GRUPO ETNICO: NO			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
3	25-11-2024	CC	51.984.490	14	03	1969	55	F	Rodriguez	Poloche	Luz Mary		Asao salud	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[20] TELEFONO: 317769 2563	[21] GRUPO ETNICO: NO			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
4	25-11-2024	CC	93.151.226	03	03	1965	59	M	Rodriguez	Tapia	Gonzalo		Sanidad militar	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[20] TELEFONO: 318821 2964	[21] GRUPO ETNICO: Res			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
5	25-11-2024	CC	28.649.376	13	05	1976	48	F	Malambo	Malambo	Sandra		Pijao salud	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[20] TELEFONO: 310372 2056	[21] GRUPO ETNICO: Resguardo			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
6	25-11-2024		28648508	19	02	1971	53	F	Aguja	Malambo	Arisali		Tai kuai la	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[20] TELEFONO: 312690 4442	[21] GRUPO ETNICO: NO			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
7	25-11-2024	CC	5.869.256	25	06	1961	57	M	Tique	Tapiero	Jose Guillermo		Asmet salud	PAI			X											Alejandra Coronel
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[18] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Chenche Buenos aires	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA: Chenche buenos aires	[20] TELEFONO: 318721 3852	[21] GRUPO ETNICO: NO			[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												

LOTE

JERINGA	LOTE
DATO 1/N	
DU" S/N	
DU" S/N	

EBS # 01
25-11-2024

11-2
1
21-3
31-4
2
41-5
2
51-5
5

República de Colombia

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSP. AN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

Grupo 01 - 25-11-2024

IDENTIFICACION DEL VACUNADO Chanche buenos aires

CONSECUTIVO	DIA	[1] Tipo	[4] Numero de identificacion	Fecha de nacimiento (5) Dia	(6) Mes	(7) Año	[8] Edad	[9] Sexo	[10] Primer apellido	[11] Segundo apellido	[12] Nombres	[13] Regimen	[14] Aseguradora	[24] Condicion de usuario	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI BCG	PAI Triple viral	PAI Fiebre amarilla	PAI Pentavalente	PAI Neumococo	PAI Influenza	PAI	NO PAI VPH	NO PAI Hepatitis A	NO PAI Hepatitis B	NO PAI Varicela	NO PAI Meningococo	NO PAI Influenza	NO PAI Triple viral	Nombre del vacunador
															20	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	40	41	
1	25-11-2024	CC	1073427566	09	04	1993	31	F	Tique	Condo	Eliana Cristina		Nueva EPS	PPL			X												Alejandro Corrales
		[15] Municipio de residencia: Coyaima	[16] Area de residencia: Rural	[17] Barrio / centro poblado o vereda de residencia: Chercha buenos aires	[18] Direccion de residencia: Chenche buenos aires	[19] Telefono: 3229662042	[20] Grupo etnico: NO	[21] Condicion de desplazamiento: NO	[22] Condicion de discapacidad: NO	[23] Correo electronico (Madre o Cuidador)	[25] Fecha probable de parto																	
2	25-11-2024	CC	1105057321	16	05	1988	35	M	Olivaros	Prada	Fernando		Nueva EPS	PPL			X												Alejandro Corrales
		Coyaima	Rural	Chenche buenos aires	Chenche buenos aires	3229662042	NO	NO	NO																			
3	25-11-2024	CC	1.007.867.585	17	03	1999	25	M	Yara	Malambo	Jose Fabian			PPL			X												Alejandro Corrales
		Coyaima	Rural	Chercha buenos aires	Cherche buena aire	3224140621	NO	NO	NO																			
4	25-11-2024	TI	1105058535	06	01	2009	15	M	Yara	Malambo	Jhon Fredy		Pijao Salud	PPL			X												Alejandro Corrales
		Coyaima	Rural	Chercha buenos aires	Chenche buenos aires	3206221576	NO	NO	NO																			
5																													
6																													
7																													

LOTE

DOSIS	LOTE
DOSIS 1	
DOSIS 2	
DOSIS 3	

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																		ESQUEMA DE VACUNACION PAI												NOMBRE DEL VACUNADOR
																				PAI						NO PAI								
		[1] TIPO	[2] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (3) DIA	(4) MES	(5) AÑO	[6] EDAD	[7] SEXO	[8] PRIMER APELLIDO	[9] SEGUNDO APELLIDO	[10] NOMBRES	[11] REGIMEN	[12] ASEGURADORA	[13] CONDICION DE USUARIA	[14] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[15] AREA DE RESIDENCIA	[16] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[17] DIRECCION DE RESIDENCIA	[18] TELEFONO	[19] GRUPO ETNICO	[20] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[21] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[22] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[23] FECHA PROBABLE DE PARTO	BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA TRIPLE O DOBLE VIRAL	TETANO DIFTERIA	INFLUENZA	VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	NEUMOCOCO	HAEMOPHILUS	TRIPLE VIRAL	
				(3) DIA	(4) MES	(5) AÑO																			26	27	29	29	30	31	32	33	34	35	36	38	39	40	41	
1	26-11-24	CC	28.649.101	20	05	75	49	F	Trave	Valderrama	Aidee	Subsidiado	Pijaos	PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3108447137	Indigena																		
2		CC	1105054100	19	01	2004	20	M	Madrigal	Romero	Davan Alberto	Subsidiado	Pijaos	PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3222433437																			
3		TI	1.109.493.766	26	12	2019	13	M	Trave	Trave	Jarbol Rodrigo	Subsidiado	Total	PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3242306855	Indigena																		
4		TI	1.104.548.549	02	02	2011	13	M	Yaima	Trave	Yilber Sebastian	Subsidiado	Pijaos	PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3175719810	Indigena																		
5		RC	1.205.213.423	29	10	23	1	F	Martinez	Loaiza	Leidy Yareth	Subsidiado	Pijaos	PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3224260033	Indigena																		
6		CC	1006835.589	06	01	2006	25	F	Loaiza	Aroca	Marisol	Subsidiado	Pijaos	PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3224260043																			
7		CC	93445247	04	04	1979	45	M	Trave	Tique	Usardo	Subsidiado	Pijaos	Discapacitado Cognitivo PPL	Coyaima	Rural	Cheche Buenos Aires		3143434681			Discapacitado Cognitivo																

EBS HOI
26-11-2024

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTR... INO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA (DEPARTAMENTO) | COYAIMA (MUNICIPIO) | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E (INSTITUCION) | MES ____ AÑO ____

Ch. Bue
AM

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO															ESQUEMA DE VACUNACION PAI													NOMBRE DEL VACUNADOR
																	PAI							NO PAI						
																	BCG	TRIPLE VIRAL	PRIMER AMARILLA (TODOS ESTADOS)	INFLUENZA				VPH	HEPATITIS A	VARICELA	MENINGOCOCO	ANTIGRIPAL	ANTILEPROSA	TRIPLE VIRAL	
																	25	27	28	29	30	31	32	33	35	36	38	40	41		
1		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		CC	1.105.059.853	25	04	03	31	F	Tovar	Tapia	Milena Marcela	Subsidio	Pijaos	PAI																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	V. Chenche B Arres.		3209010218																								
2		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		TI	1.105.061.337	21	07	20	10	M	Matoma	Malambo	Jhoan Camilo	Subsidio	Pijaos	PAI																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	V. Chenche B Arres		3104947632	Indigena																							
3		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		TI	1.105.059.563	20	08	20	14	F	Malambo	Blanche	Indira Viviana	Subsidio	Pijaos	PAI																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	V. Chenche Beg Arres		3129174532	Indigena																							
4		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		CC	28049039	28	03	50	7	F	Tapiero	Aroca	Maria Hailony	Subsi	Pijaos	PAI																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
		Coyaima	Rural	V. Chenche B Arres		3176005016	Indigena																							
5		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
6		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			
7		[1] TIPO	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[2] DIA	[3] MES	[4] AÑO	[5] EDAD	[6] SEXO	[7] PRIMER APELLIDO	[8] SEGUNDO APELLIDO	[9] NOMBRES	[10] REGIMEN	[11] ASEGURADORA	[12] CONDICION DE USUARIA																	
		[13] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[14] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																			

Ch. Bue
AM

Ch. Bue
AM

LOTE	JERINGA	LOTE
	DISPOSITIVO	
	AMPOLLAS	
	VIALES	

4-1-50 | 11-5 | 6-10 | 11-20 | 21-30. | 31-40

2 | 1. | 1 | 4 | CBS #01 26-11-2024 | 1

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DI ' DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO ____

Grupo 01 - Chenche Buenos aires — IDENTIFICACION DEL VACUNADO — 27-11-2024

CONSECUTIVO	DIA	(1) TIPO	(2) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (3) DIA	(4) MES	(5) AÑO	(6) EDAD	(7) SEXO	(8) PRIMER APELLIDO	(9) SEGUNDO APELLIDO	(10) NOMBRES	(11) SEGUNDO	(12) ADMINISTRADORA	(13) CONDICION DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TETANOS Y DIFTERIA (TD)	INFLUENZA ESTACIONAL	ESQUEMA DE VACUNACION NO PAI: VPH	HEPATITIS B	TETANOS Y DIFTERIA (TD)	VARICELA	ANTINEUMOCOCICA	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
				26	27	28	29	30	31	32					33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
1	27-11-2024	CC	93.152.787	17	02	1979	50	M	Duccara	Tapia	Hermides		Nueva EPS	PAI			X											Diego Cruz
2	27-11-2024	TI	1-028.866-061	21	10	2008	16	F	Duccara	Vargas	Andre Daniela		Nueva EPS	PAI			X											Diego Cruz
3	27-11-2024	CC	1114338364	09	09	1985	39	F	Rios		Mayerly	S	Nueva EPS	PAI			X											Diego Cruz
4	27-11-2024	TI	1010226917	22	02	2014	10	M	Reos	Zuñiga	Jesus Yahel	S	Nueva EPS	PAI			X											Diego Cruz
5	27-11-2024	CC	1105059596	16	08	1991	32	F	Tapia	Matana	yohanna Patricia	S	Pijaos Salud	PAI			X											Diego Cruz
6	27-11-2024	TI	1105058943	29	10	2008	16	F	Malambo	Tapia	Hermin Nasbey	S	Pijaos Salud	PAI			X											Diego Cruz
7	27-11-2024	CC	28.648.935	28	10	1970	54	F	Sogamoso	Prada	Maria Adela		Pijaos Salud	PAI			X											Diego Cruz

(14) CONDICION DE USUARIA	(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(24) FECHA PROBABLE DE PARTO
1	Coyaima	Rural	Tres esquinas	Tres esquinas	316309 6307	Indigena	NO	NO		
2	Coyaima	Rural	Tres esquinas	Tres esquinas	3194125945	Indigena	NO	NO		
3	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche buenos aires		NO	NO	NO		
4	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche buenos aires		NO	NO	NO		
5	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche Buenos aires		NO	NO	NO		
6	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche Buenos aires		NO	NO	NO		
7	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche Buenos aires	310863 9855	NO	NO	NO		

EBS N°01
27-11-2024

LOTE

VACUNA	LOTE

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIA DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES ____ AÑO ____

Chenche
Grupo 01- Buenos aires

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

27-11-2024

CONSECUTIVO	FECHA	(1) TIPO	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	(5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA	(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO
1	23-11-2024	CC	1.105.061.926	29	04	1996	28	F	Madrigal	Sogamoso	Luz stella		Pijao salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche Buenos aires	310863 8855	NO	NO	NO		
2	23-11-2024	TI	1.105.017.868	19	01	2006	16	M	Madrigal	Sogamoso	Manuel Antonio		Pijao salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche Buenos aires	Chenche Buenos aires	310863 8855	NO	NO	NO		
3	23-11-2024	CC	28698202	17	02	1968	56	F	Sogamoso	Prada	Rosalba		Asmet salud	PAI	Coyaima	Rural	Chenche buenos aires	Chenche buenos aires	320302 2319	NO	NO	NO		
4																								
5																								
6																								
7																								

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI							NO PAI							NOMBRE DEL VACUNADOR
BCG (26)	TRIPLE VIRAL (27)	FIEBRE AMARILLA / TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO (28)	HEPATITIS B (29)	INFLUENZA (30)	(31)	(32)	DPT (33)	HEPATITIS A (34)	HEPATITIS B (35)	VARICELA (36)	MENINGOCOCO (37)	INFLUENZA (38)	TRIPLE VIRAL (39)	
		X												Diego Cruz
		X												Diego Cruz
		X												Diego Cruz

LOTE — JERINGA — LOTE

51-59 2 | 6-10 1 | 11-20 3 | 21-30 1 | 31-40 EBS 1 2 27-11-2024 | 41-50 1

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque. **Extramural:** CES #1 (Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar)

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad*	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Recibe algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene gestación? (3)		¿Ha presentado alergia severa después de consumir huevo de gallina o sus derivados o alergia a algún componente de la vacuna?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusiones sanguíneas, inmunoglobulinas o transplante de órganos en los últimos 3 meses?		Edad	Gestante	Firma de los vacunados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condición para precaución especial (5)		
1	24/11/24	Jorge Luis Polache Fabian	CC	934143724	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X	
2	24/11/24	Jose Amor Silva Mape	TI	1005057693			X		X		X		X		X		X		X	
3	24/11/24	Nicolas Mape Tique	CC	93445791	Pijao Salud		/		X		/		X		/		/		X	
4	24/11/24	Luz Alba Mape Quiñonez	CC	28.648.397	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X	
5	24/11/24	Jose Orlando Mape Q	CC	93.443.273	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X	
6	24/11/24	Deibr Jannelth Polache A.	CC	1.705.057.872	Asmet Salud		X		X		/		X		X		/			
7	24/11/24	Edilson Cabrera Tique	CC	1105060798	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X	
8	24/11/24	Estefanía Trujillo Arco.	CC	1033098692	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X	
9	24/11/24	Carolina Yate Tique	CC	1105054460			X		X		X		X		X		X		X	
10	24/11/24	Libia Quiñones Mape	CC	52532003			X		X		X		X		X		X		X	
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, pacientes VIH positivo, artritis reumatoides enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo y extirpación). La vacuna no produce enfermedad a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación: púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert)

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela, (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas)

(5) Condición para precaución especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del encuestador o vacunador: _____

Versión: 20210*

Salud

SAN ROQUE

Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: _____ IPS vacunadora: _____ Extramural: _____

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha (DD/MM/AA)	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número documento de identificación	Edad	¿Usted alguna vez ha sido vacunado contra la fiebre amarilla? (1)		¿Actualmente está usted embarazada o cree estarlo? (2)		¿Tiene problemas de salud como? (3)		¿Ha presentado alguna vez alguna de estas reacciones? (4)		¿Usted presenta hoy alguno de estos síntomas: fiebre, ganglios inflamados, cansancio o malestar general?		¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días? (5)		¿Ha tomado medicamentos (inmunosupresores) como esteroides, quimioterapia o radioterapia en los últimos 30 días? (6)		Gestante	Lactante	Firma de los vacunadores
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Usar Código para precaución especial (5)		
1	25-11-24	Maria Leyla Polocho Tovar	CC	65.586.196			X		X		X		X		X		X		X			
2	25-11-24	Bernarda del carmen Guilloso	CC	43.731.459			X		X		X		X		X		X		X			
3	25-11-24	Luz Mary Rodriguez Polocho	CC	51.984.990			X		X		X		X		X		X		X			
4	25-11-24	Gonzalo Rodriguez Tapia	CC	93.151.726			X		X		X		X		X		X		X			
5	25-11-24	Sandra Malamba	CC	28.649.376			X		X		X		X		X		X		X			
6	25-11-24	Anisali Aguja Malamba	CC	28.648.508			X		X		X		X		X		X		X			
7	25-11-24	Jose Guillermo Tique	CC	5.869.286			X		X		X		X		X		X		X			
8	25-11-24	Eliana Casama Tique	CC	1073427566			X		X		X		X		X		X		X			
9	25-11-24	Fernando Olivera Prada	CC	1105057321			X		X		X		X		X		X		X			
10	25-11-24	Jose Fabian Yara	CC	1007867585			X		X		X		X		X		X		X			
11	25-11-24	Jhan Fredy Yara Malamba	TI	1105058535			X		X		X		X		X		X		X			
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, Lupus (transplante), insuficiencia renal o pélvica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no debería administrarse a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso oral/iv por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticuerpos.

(3) Tiene problemas de coagulación o cursa con trombocitopenia, lesiones hemorragicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas ahora disponibles que debes verificar: BCG, rotavirus, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 6 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 7 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebe.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador vacunador: _____

Versión: 09/2014

Salud

ESE HOSPITAL SAN ROQUE

Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hosp San Roque **Extramural:** V. Chenche Buenos Aires
(Barrio, vereda, comunidad, otro... especificar)

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos Completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad N°	Edad	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Recibe algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de inmunidad? (3)		¿Ha presentado reacción alérgica grave, después de consumir huevo de gallina o de algunas de sus proteínas o derivados?		¿Ha recibido alguna vacuna una semana antes o en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido tratamiento inmunosupresor o radioterapia o consumido corticoides en los últimos 3 meses?		Embarazo	Lactancia	Firma de los vacunadores
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condición para precaución especial (5)		
1	26-11-24	Arbey Tique V.	CC	28649101	39a		X		X		X		X		X		X		X	Adriana Bermudez
2		Oran Madrigal Ramos	CC	1105054100	23a		X		X		X		X		X		X		X	Juan Alberto
3		Jaider Tique Tique	TI	1.109.493.766	20a		X		X		X		X		X		X		X	Mayerly Tique
4		Wilbert Yaima Tique	TI	1104.543549	20a		X		X		X		X		X		X		X	Emiliana Tique.
5	NO	Yenda Martinez Loaiza	PC	1.205.213.423	23a		X		X		X		X		X		X		X	NOM
6		Marisol Loaiza Arcos	CC	1.006835.589	23a		X		X		X		X		X		X		X	marisol loaiza arc
7		Eduardo Tique Tique	CC	93.445.247	39a		X		X		X		X		X		X		X	Jaider Tique
8		Milena Tovar Tapia	CC	1.105.059.858	23a		X		X		X		X		X		X		X	Yaider Tique
9		Jhoan Mahecha	TI	1105.061.337	23a		X		X		X		X		X		X		X	Claudia M
10		Indira Malambo	TI	1.105.059.563	23a		X		X		X		X		X		X		X	Claudia M
11		Maira Tapiero Agja	CC	28649039	23a		X		X		X		X		X		X		X	M. Maileth Tapiero.
12																				
13																				
14																				
15																				

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea enfermedad del lupo, Trabajo Hematológico, insuficiencia renal o cólicos, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Myasthenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticuerpos monoclonales

(3) Tiene problemas de coagulación como trombocitopenia, leucemia hemorrágicas en piel (pequeñas o equimosis), hemofilia, enfermedad de Glanzmann

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, sabina, sarampión y paperas, varicela. Las aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con excepción el dengue y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa priorización médica y lineamiento nacional. En caso de querla realizar esta dentro lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebe

Conducta a seguir:

Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador o vacunadora: _____

Versión: 09/2024

Grupo 01 - Chonche Buenos aires - 27-11-2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: _____ IPS vacunadora: H.S.R. Extramural: _____

Nombre vereda, corregimiento, otro, especificar

Consecutivo	Fecha (DD/MM/AA)	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad N°	IDAPB	(1) Tiene alguna enfermedad inmunosupresora?		(2) Recibe algún medicamento inmunosupresor?		(3) Tiene prurito en la vacunación?		(4) Ha presentado reacciones alérgicas graves posterior a la aplicación de vacunas?		(5) Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días?		(6) Se encuentra en gestación, lactancia, menor de 9 meses o mayor de 59 años?		Consentimiento	La persona requiere vacunación especial (5)	Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	27-11-24	Hermides Bocanegra Tapia	CC	93.152.987	Nuevo EPS		X		X		X		X		X		X		X	
2	27-11-24	Andrie Daniela Bocanegra	TI	1.026.866.061	Nuevo EPS		X		X		X		X		X		X			
3	27-11-24	Yohanna Rios	CC	1114338364	Nuevo EPS		X		X		X		X		X		X			
4	27-11-24	Jhoss Yohan Rios Zuñiga	TI	1010226977	Nuevo EPS		X		X		X		X		X		X			
5	27-11-2024	Yohanna Patricia Tapia M	CC	1105059596	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X			
6	27-11-2024	Hermin Norbey Malambo	TI	1105058943	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X			
7	27-11-24	Maria Adela Sogamoso	CC	28.648.435	Pijaos salud		X		X		X		X		X		X			
8	27-11-24	Yuri Stella Madrigal S	CC	1.105.061.926	Pijaos salud		X		X		X		X		X		X			
9	27-11-24	Manuel Antonio Madrigal	TI	1.105.057.868	Pijaos salud		X		X		X		X		X		X			
10	27-11-24	Rosalba Sogamoso	CC	28648 202	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X			
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, Diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad de Lupus, Insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, Lupus del timo o extirpación. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, esteroideos.

(3) Tiene prolaferosis de conglobulinemia punzante monoclonopenia, lesiones hematológicas en piel (retinoides o esulmosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, parotiditis y sarampión, varicela, fiebre amarilla (se pueden administrar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna antiviral oral(no) y Fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para: gestación, lactancia, menor de 9 meses o mayor de 59 años, otro especificar

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunadora: _____

Versión: 08/2024

Grupo 01 - Chenche Buenos [illegible]

Salud

SAN ROQUE

Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: ______ IPS vacunadora: ______ Extramural: ______ (Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar)

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad N°	EAPB	(1) SI	(1) NO	(2) SI	(2) NO	(3) SI	(3) NO	(4) SI	(4) NO	Reacción alérgica SI	Reacción alérgica NO	Vacuna últimos 30 días SI	Vacuna últimos 30 días NO	Transfusión SI	Transfusión NO	Gestante	Lactancia materna	Firma de la persona
1	28-11-24	Jose Edimor Tique Tique	CC	1.109.490.541	Pijao salud		X		X		X		X		X		X		X			[signature]
2	28-11-24	Jose Danilo Tique Buccuro	CC	5.869.169	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Jose Danilo
3	28-11-24	Ermencia Tique Tovar	CC	28.649.649	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Ermencia Tique
4	28-11-24	Ruben Madrigal Tovar	CC	1.105.059.089			X		X		X		X		X		X		X			Ruben Madrigal
5	28-11-24	Rafael Antonio Tovar	CC	93084845	Sanidad militar		X		X		X		X		X		X		X			Rafael Antonio Tovar
6	28-11-24	Jonathan camilo Tovar	TI	1.109.492.539	Pijao salud		X		X		X		X		X		X		X			Jonathan
7	28-11-24	Edinson Eduardo Tapiero	CC	1101.08658			X		X		X		X		X		X		X			Edinson tapiero
8	28-11-24	Carlos Alberto Prada	CC	1105 0597 72	Salud total / Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Carlos Alberto
9	28-11-24	Tiberio Malambo Malambo	TI	1105077090	Pijao salud		X		X		X		X		X		X		X			[signature]
10	28-11-24	Edilma Poloche Ducuara	CC	28648645	Pijao salud		X		X		X		X		X		X		X			Edilma Poloche
11	28-11-24	Diomedes Timote Tique	CC	93154467	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Diomedes timote
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.
(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: [illegible]
(2) Medicamentos inmunosupresores: [illegible]
(3) Tiene problemas de coagulación: [illegible]
(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: [illegible]
(5) Condición para precaución especial: [illegible]

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: **VACUNAR** Si respondió positivamente a una o más preguntas, **NO VACUNAR**	Nombre del encuestador o vacunador: ______

Salud

ALCALDÍA DE SAN ROQUE

Direccion Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** U.S.H **Extramural:** Y Oracle Barrio, vereda, comunidad otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identificación	Edad	¿Tiene alguna enfermedad, tratamiento o condición que disminuya su capacidad de respuesta inmunológica? (1)		¿Padece alguna de las enfermedades que aparecen en la lista? (2)		Usted o alguien que vive con usted ¿tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en los últimos 7 días?		¿Ha presentado reacción alérgica grave, después de recibir alguna vacuna o por cualquier otra causa?		¿Ha recibido alguna vacuna atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusión sanguínea o hemoderivados o transplante de órganos en los últimos 3 meses?		Embarazo	Condición para precaución especial (5)	Firma de los vacunadores
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	29-11-24	Mary Alape Tique	CC	28.648.571	62a		X		X		X		X		X		X		X					
2	29-11-24	Sandra Milena Prada	TI	1107079261	19a		X		X		X		X		X		X		X					
3	29-11-24	Erisinda Mroca Ocoro	49	7705.059.884	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X					
4	29-11-24	William Urbano Jovon	C.C	93.448.598	Nueva EPS.		X		X		X		X		X		X		X					
5	29-11-24	lidia maria Ablache O.	C.C	28.649.687	-		X		X		X		X		X		X		X					
6	29-11-24	luis Javier Yate Tapia	T.I	7.705.060.085	P.Jao		X		X		X		X		X		X		X					
7	29-11-24	Jaime Lozano Madrid	CC	1007684222	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X					
8	29-11-24	Maria Anita Tapia H.	CC.	7033677299	Asmet		X		X		X		X		X		X		X					
9	29-11-24	Brayan David Malambo	TI	7.705.058.481	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					
10	29-11-24	Jorge Andres Lotano M.	CC.	7709490124	Salud Total		X		X		X		X		X		X		X					
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cedula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del sino, Lupus (cualquier), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple. Medicamentos orales, tumor del timo o esplenectomía. La vacuna se podría administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación: purpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Willebrand

(4) Vacunas vivas atenuadas son: BCG, rotavirus, sarampión y paperas, varicela. Se aplican simultáneamente o se debe separar 4 semanas para su aplicación entre ellas), sin vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, esta se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del encuestador o vacunador

Versión: 03/2024

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

24/11/2024
Vereda Charche Buenos Aires.

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	24/11/24	Angelica Bolaño.	CC	1105060258	30		Charche Buenos Aires	Pijaosalud	Reniente.		Maria Alcalde
2	24/11/24	Dicy Julian Tole Bolaño.	TI	1105061017	11		Charche Buenos Aires	Pijao - Salud	Reniente		Maria Alcalde
3	24/11/24	Alvaro Acuña Galindo	CC	1007166497	24		Charche Buenos Aires	Asmet - Salud	Reniente		Maria Alcalde
4	24/11/24	Jose Yesid Tapiero Rojas	CC	93.154.137	45		Charche Buenos Aires	Asmet - Salud	Reniente		Maria Alcalde
5	24/11/24	Yhonjan steve Mayr	CC	1105061836	27		Charche Buenos Aires	Pijao - Salud	Reniente - Odontologica		Maria Alcalde
6	24/11/24	Isa Marina Montano	CC	52.157723	50		Charche Buenos Aires	Pijao - Salud	Reniente - Odontologica		Maria Alcalde
7	24/11/24	Maria Olga Quinonez Tique	CC	28647548	59		Charche Buenos Aires	Compensar	Reniente		Maria Alcalde
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** H.S.R

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	25-11-24	Gladys Marina Mora	CC	27720770	49		Choncho Buenos aires	Pijao salud	Creencia	Gladys Marina Mora	Maria
2	25-11-24	Miguel Fidel Yara Tique	CC	93443339	57		Choncho buenos aires	Pijao salud	Creencia	Fidel Yara T.	NO
NO 3	25-11-24	Jhon Fredy Yara Malambo	TI	1105058536	15		Chonche buenos aires	Pijao salud	Creencia	Jhon Fredy	NO
4	25-11-24	Barilda Casimiro	CC	1030553646	21		Chonche buenos aires	Capital salud	Embarazo	Barilda Casimiro	Maria Malambo
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	26/11/24	Darcy Tique Tique	TI	1105057335	17		V. cherche Buenos Aires	Pijaos.	Cultura		Maria Alape
2		Sofia Alape	CC	1.105054325	36		V. cherche Buenos Aires	Pijaos	Cultura		Maria Alape
3		Maria Agapita Alape	CC	1.105094.343	43		V. Cherche B. Aires	Pijaos.	Cultura		
4		Maria Tique Aguja	CC	28744487	55		V. Cherche B. Aires.	N'EPS.	Cultura.		
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Grupo 01 - Chenche Buenos aires - 27-11-2024

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de: COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio _____ **IPS vacunadora** H.S.R

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendio.
					Años	Meses					
1	27-11-24	Erik Favian Gutman	RC	1005063917	1		Chenche Buenos aires	nueva salud	Creencia	Huella	Maria Alejandra
2	27-11-24	Juan pinda rato	CC	93493365	57		Chenche Buenos aires	Nueva salud	Creencia	No firma	Maria Alejandra
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Grupo 01- Cha. Jho Bodas Años = 28

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio _____ **IPS vacunadora** _____

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Direccion de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	26-11-24	yanuy Malamba	cc	52933157	39		chanche buena vaq	nueva eps	cultura	No firma	Dairo Pachon
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunlaciones

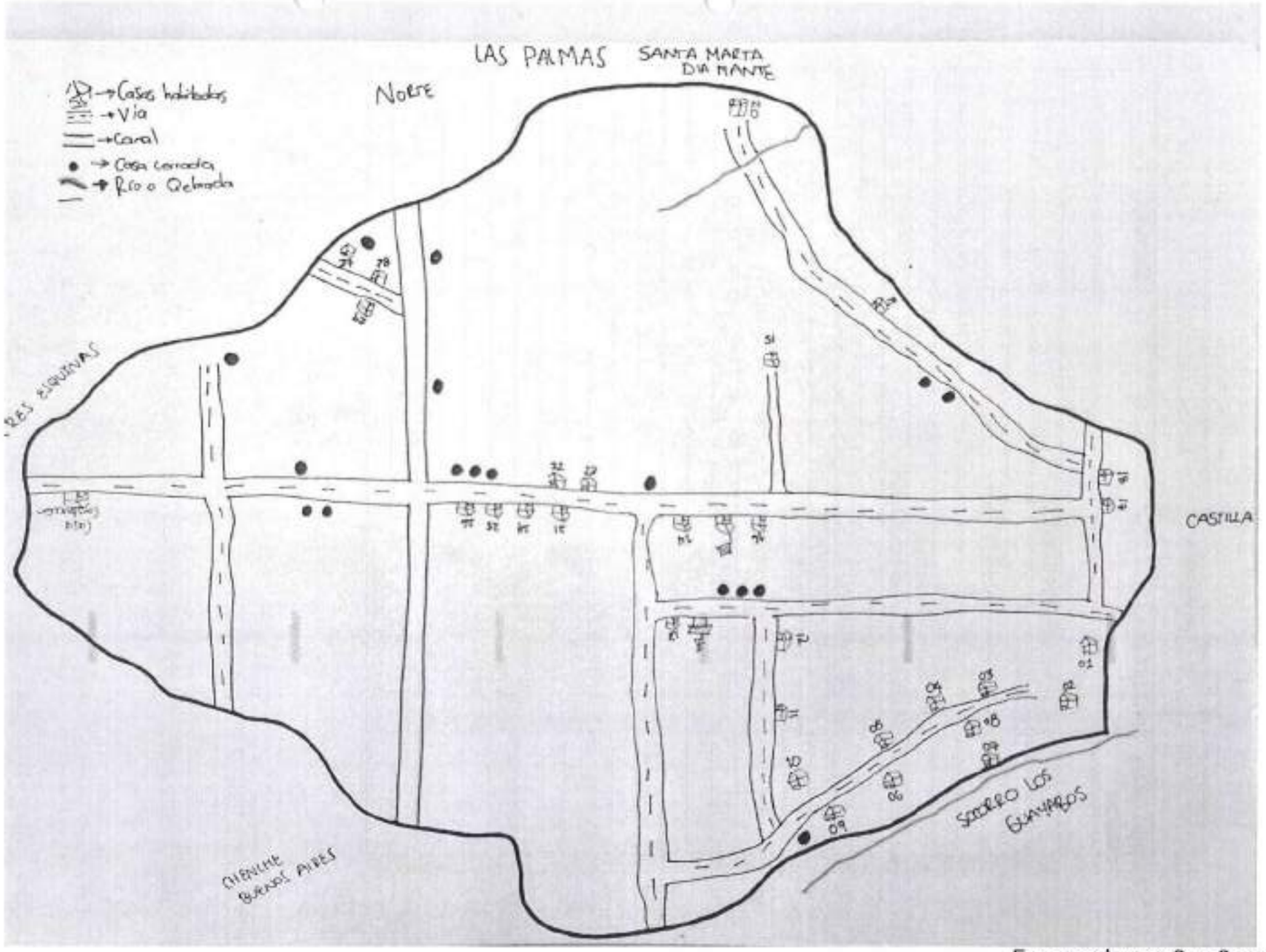
Alcaldía Municipal de Coyaima

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** _____

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1		Anfi [illegible]	CC	1105686700	31		Chonche Buenos Aires		Cultura	[illegible]	[illegible]
2		[illegible]	CC	28699811	53		Chonche Buenos Aires		Cultura	[illegible]	[illegible]
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											



Escaneado con CamScanner

ACTA DE CIERRE DE MONITOREO DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA VEREDA LAS PALMAS

En el municipio de Coyaima, Departamento de Tolima, a los 18 dias del mes de noviembre del 2024, se procede a la elaboración del presente Acta de Cierre del Monitoreo de Vacunación contra la fiebre amarilla, con base en la alerta de brote de fiebre amarilla emitida por las autoridades sanitarias competentes.

Objetivo: El presente acto tiene como finalidad documentar el cierre del proceso de monitoreo y evaluación de las actividades de vacunación contra la fiebre amarilla, ejecutado en respuesta a la alerta epidemiológica por brote de fiebre amarilla en la región del Tolima, con el objetivo de garantizar la inmunización de la población en riesgo y controlar la propagación del virus.

Antecedentes: El día 08/09/2024, se notificó al sivigila el primer caso de fiebre amarilla en el Tolima en el municipio de Villarrica posteriormente se presentaron más casos generando una alerta de brote. El Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social emitieron una alerta epidemiológica ante la identificación del aumento de casos en el departamento de Tolima. Dicha alerta conllevó a la implementación de una campaña intensiva de vacunación en las zonas afectadas y aledañas a los casos identificados con el fin de prevenir la expansión de la enfermedad y proteger a la población en riesgo.

3. Actividades Realizadas:

Durante el periodo comprendido entre el 3 Y 4 de diciembre se realizaron las siguientes actividades de monitoreo y vacunación:

Revisión de cobertura: Se monitoreó la cobertura de vacunación casa a casa, con dos barridos el primero del 3 al 4 de diciembre.

Campañas de sensibilización: Se realizaron charlas y sensibilización sobre la fiebre amarilla y la importancia de la vacunación.

Vacunación: Se realizaba vacunación cuando se identificaban casos susceptibles de ser vacunados en los siguientes rangos de edad de 1 a 59 años para asegurar el acceso de toda la población objetivo.

TOTAL, DE POBLACION VACUANDA DURANTE EL BARRIDO	5	50%
TOTAL, DE POBLACION PENDIENTE POR VACUNAR	0	0%
TOTAL DE POBLACION RENUENTE	0	0%

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

LAS PALMAS

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
1 - 5	0	0%
6- 10	0	0%
11 -20	0	0%
21 - 30	3	60%
31 - 40	0	0%
41 - 50	1	20%
51 - 59	1	20%
Renuente	0	0%
TOTAL	5	100%

Del total de vacunados no se encontramos personas renuentes a la vacunación

6. Observaciones y Recomendaciones:

Fortalecer la vigilancia epidemiológica: Se recomienda continuar con la vigilancia activa para detectar posibles casos y prevenir futuros brotes.

Continuar con las estrategias de sensibilización: Es importante seguir promoviendo la educación comunitaria sobre la fiebre amarilla y la vacunación, especialmente en áreas rurales de difícil acceso.

Mantener la capacitación del personal de salud: Asegurar que todo el personal de salud esté capacitado en el manejo de la vacuna y en la identificación temprana de casos.

EQUIPO DE MONITOREO:

MARTHA LETTY ARIAS PENAGOS

LEIDY JINETH POLOCHE

JAIME ANDRES MÉNDEZ

OSCAR TOVAR

Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: ______ MUNICIPIO ___COTAIRA___ LOCALIDAD / COMUNA ______ BARRIO: VEREDA LAS PALMAS ______

UNIDAD OPERATIVA: ____ESE 04______ FECHA: ______

Cuerpo del instrumento:

A. Vivienda	B. Clasificación de vivienda				Total de población encontrada según grupos de edad								Total de población vacunada previamente con FIEBRE AMARILLA según grupos de edad								Total de población encontrada NO vacunada según grupos de edad en barrido								Total de población vacunada durante el barrido según grupos de edad								E. Total de personas no vacunadas en el barrido según motivos					F. Observaciones
	Efectiva (E)	No efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	Total	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	Total	1-5 años	6-15 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	Total	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	Total	Contraindicación médica	Rechazo	Pacientes E/C servicio de salud	Pacientes E/C terminales	Otros	Si encuentra un niño que refiere que se vacunó fuera, tomar datos de identificación de la madre o niño para buscar en PAIweb
1		1										0								0								0								0						
2			1									0								0								0								0						
3			1									0								0								0								0						
4		1										0								0								0								0						
5		1										0								0								0								0						
6		1										0								0								0								0						
7	1					2				1		3		2						2						1		1						1		1						
8			1									0								0								0								0						
9		1										0								0								0								0						
10			1									0								0								0								0						
11		1										0								0								0								0						
12		1										0								0								0								0						
13	1										1	1								0							1	1							1	1						
14			1									0								0								0								0						
15		1										0								0								0								0						
16		1										0								0								0								0						
17		1										0								0								0								0						
18		1										0								0								0								0						
19		1										0								0								0								0						
20			1									0								0								0								0						
21		1										0								0								0								0						
22	1								1			1					1			1								0								0						
23			1									0								0								0								0						
24			1									0								0								0								0						
25			1									0								0								0								0						
26			1									0								0								0								0						
27		1										0								0								0								0						
28		1										0								0								0								0						
29			1									0								0								0								0						
30		1										0								0								0								0						
31		1										0								0								0								0						
32		1										0								0								0								0						
33	1							1				1								0				1				1				1				1						
34		1										0								0								0								0						
35		1										0								0								0								0						
36		1										0								0								0								0						
37			1									0								0								0								0						
38	1										1	1							1	1								0								0						
39		1										0								0								0								0						
40		1										0								0								0								0						
41		1										0								0								0								0						
42	1							1				1								0				1				1				1				1						
43	1							1				1								0				1				1				1				1						
44		1										0								0								0								0						
45		1										0								0								0								0						
46		1										0								0								0								0						

47			1									0								0								0								0					
48		1										0								0								0								0					
49			1									0								0								0								0					
50		1										0								0								0								0					
51	1								1			1					1			1								0								0					
52		1										0								0								0								0					
53		1										0								0								0								0					
54			1									0								0								0								0					
55		1										0								0								0								0					
56		1										0								0								0								0					
57		1										0								0								0								0					
58		1										0								0								0								0					
59		1										0								0								0								0					
60		1										0								0								0								0					
61		1										0								0								0								0					
TOTALES	8	38	15	0	0	3	6	3	2	1	2	10	0	2	0	0	2	0	1	5	0	0	0	2	0	1	1	5	0	0	0	1	0	1	1	0					

Miembros del equipo que realizaron el barrido	
CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto ocupado por una familia)	**VIVIENDA EFECTIVA (E):** vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación aunque no sea necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carnet de vacunación y un adulto se niega a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO	**Contraindicación médica:** [illegible]
	Renuente: [illegible]
	Factores relacionados al servicio de salud: [illegible]
	Factores relacionados a la familia: [illegible]
	Otros: [illegible]

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)–BARRIDO DOCUMENTADO

COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: Vereda las Palmas

UNIDAD OPERATIVA: EBS04 FECHA: _____

Campo del instrumento:

Grupo de edad	Categorías de viviendas visitadas				Total de población susceptible según grupos de edad								Total de población vacunada según grupos de edad (PRIMERA DOSIS)								Total de población vacunada según grupos de edad (SEGUNDA DOSIS)								Total de población vacunada según grupos de edad (REFUERZO)								Total de población no vacunada según grupos de edad					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-11 Meses	1 Año	2-4 Años	5-9 Años	10-14 Años	15-19 Años	20-39 Años	40-59 Años	60 y más Años	TOTAL	1-11 Meses	1 Año	2-4 Años	5-9 Años	10-14 Años	15-19 Años	20-39 Años	40-59 Años	60 y más Años	TOTAL	1-11 Meses	1 Año	2-4 Años	5-9 Años	10-14 Años	15-19 Años	20-39 Años	40-59 Años	60 y más Años	TOTAL	1-11 Meses	1 Año	2-4 Años	5-9 Años	10-14 Años	15-19 Años	20-39 Años	40-59 Años	60 y más Años	TOTAL	Convencidos o dudosos	Renuentes	Padres en C/C servicio de salud	Padres en la familia	Otros	Si encuentra un niño que refiere que ya esta vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en RNVeis
1		1																																										
2			1																																									
3			1																																									
4		1																																									
5		1																																									
6		1																																									
7	1						2				1			3			2							2								1			1										
8			1																																									
9		1																																									
10			1																																									
11		1																																									
12		1																																									
13	1											1		1																														
14			1																																									
15		1																																									
16		1																																									
17		1																																									
18		1																																									
19		1																																									
20			1																																									
21		1																																									
22	1									1				1							1																								
23			1																																									
24			1																																									
25			1																																									
26			1																																									
27		1																																									
28		1																																									
29		1																																									
30			1																																									
TOTAL																																										

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto, entre otros)

- **VIVIENDA EFECTIVA (E):** vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación aunque no sea necesario.
- **VIVIENDA NO EFECTIVA (NE):** 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
- **VIVIENDA FALLIDA (F):** 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
- **CASA RENUENTE:** Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información.

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

- Contraindicación médica: Diversas indicaciones médicas en el cumplimiento y entrega.
- Renuentes: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias, mentalidad de la zona, inclinaciones de género, no confían en la vacuna, etc.
- Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna.
- Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no participan el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
- Otros: Diferentes razones aun no descritas por los anteriores (Describir)

Instrumento: RO-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | Hospital San Roque

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de COYAIMA | Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: Coyaima. LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: Vereda las Palmas.

UNIDAD OPERATIVA: 68504 FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

MANZANA o CASA	VIVIENDA VISITADA SI/NO				Total de personas a vacunar en la vivienda según grupo de edad								Total de personas vacunadas en la vivienda según grupo de edad								Total de personas a vacunar en la vivienda según grupo de edad								Total de personas vacunadas en la vivienda según grupo de edad								Causas de inasistencia					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-9 AÑOS	9-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-9 AÑOS	9-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Fallecido(a) o servicio de salud	Perdieron a(l) la familia	Otros	
1		1										0								0								0								0						
2		1										0								0								0								0						
3	1							1				1								0				1				1				1				1						
4		1										0								0								0								0						
5		1										0								0								0								0						
6		1										0								0								0								0						
7			1									0								0								0								0						
8	1										1	1							1	1								0								0						
9		1										0								0								0								0						
10		1										0								0								0								0						
11		1										0								0								0								0						
12	1							1				1								0				1				1				1				1						
13	1							1				1								0				1				1				1				1						
14		1										0								0								0								0						
15		1										0								0								0								0						
16		1										0								0								0								0						
17			1									0								0								0								0						
18		1										0								0								0								0						
19			1									0								0								0								0						
20		1										0								0								0								0						
21	1								1			1					1			1								0								0						
22		1										0								0								0								0						
23		1										0								0								0								0						
24			1									0								0								0								0						
25		1										0								0								0								0						
26		1										0								0								0								0						
27		1										0								0								0								0						
28		1										0								0								0								0						
29		1										0								0								0								0						
30		1										0								0								0								0						
TOTALES																																								

Miembros del equipo que ejecutaron el barrido: _____ _____ _____

CARACTERIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto o cualquier otro lugar de habitación separado e independiente ocupado por una o más personas al momento de la visita)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños(as) y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y autorizar vacunación excepto de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños(as) y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños(as) y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menor un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carnet de vacunación y un adulto se rehusaron a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Contraindicación médica: Incluye todas las condiciones médicas señaladas en el plan nacional de vacunación

Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias, creencias de la raza, inadecuada de palabra, no confían en la vacuna, etc)

Fallecido(a) o servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna

Perdieron a(l) la familia: Cuando se encontraron en la familia en ausencia el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no encajen en las anteriores descritas

Instrumento 05-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | SAN ROQUE | EBYAIMA | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: _____ MUNICIPIO: Oayaima LOCALIDAD / COMUNA: _____ BARRIO: Vereda Las Palmas

UNIDAD OPERATIVA: EBS04 FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

MANZANA	Caracterización de la vivienda				Total desprotegidos por edad, grupo y sexo de niños								Total de personas vacunadas durante la jornada (VACUNADOS) según grupo de edad								Total de personas vacunadas en el barrido según grupo de edad								Total de niños y niñas vacunados durante el barrido según grupo de edad								Total de niños y niñas vacunados durante el barrido según motivo de no vacunación						Observaciones
	Viviendas (V)	No Efectiva (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Familiares y/o acudio de salud	Padres no le da la gana	Otros	
1		1										0								0								0								0						El encuentra un niño que debía con ya está vacunado tome las manos de vacunación de la madre y el niño para buscarlo en PANweb
2																																								
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								
13																																								
14																																								
15																																								
16																																								
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
21																																								
22																																								
23																																								
24																																								
25																																								
26																																								
27																																								
28																																								
29																																								
30																																								
TOTALES																																								

Nombres del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto alquilado, etc)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación según sea necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información / consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con riesgo de vacunación y un adulto es renuente a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Contraindicación médica: Diversas indicaciones médicas señaladas en el cruel clínica o privada.

Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población (creencias, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)

Familiares relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llevo la dosis vacunas

Factores relacionados a la familia: Cuando los responsables de la familia no estuvieron al día de la vacunación (viajes, salida a zonas apartadas, etc)

Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores opciones

Instrumento N0-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | Hospital San Roque | Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima Tolima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** _____ (Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar)

	Fecha (DD/MM/AA)	Nombres Apellidos completos	Tipo de identificación	Número de identificación	Edad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Firma de la persona vacunada
1	03-12-24	Diomedes	CC	1.105.057133	Pijao		X		X		X		X		X		X		X			No Firma.
2	03-12-24	Emilce Cauca	CC	38142337	Santa		X		X		X		X		X		X		X			Emilse C.
3	03-12-24	Juan manuel Rengifo	T.I	1.188965 868	Santa		X		X		X		X		X		X		X			Emilse C.
4	03-12-24	Jeiney rabanbo Tique	CC	93443316	Pijao		X		X		X		X		X		X		X			
5	03-12-24	Camila alejandra Tole	CC	1105064003	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Camila Tole.
6	03-12-24	Esmeralda Rodriguez	CC	1005821210	Sanidad militar		X		X		X		X		X		X		X			
7	03-12-24	Angie Villanueva	CC	1110233223	Sanidad militar		X		X		X		X		X		X		X			Angie Villanueva
8	03-12-24	Erika Rodriguez	CC	1106394331	Sanidad militar		X		X		X		X		X		X		X			
9	03-12-24	Kala sopha Quiroga	TI	1147470476	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

29 46 14 55 21 22 18 18 08

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes,VIH positivo, artritis reumatoidea,enfermedad del timo, (timoma timectomía), insuficiencia renal o cirrosis, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La Vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación(púrpura trombocitopénica, hemofilia hemorragias en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Glanzi?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, fiebre amarilla, sarampión y rubeola, varicela. Una vacuna viva atenuada a la debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas. Una vacuna viva atenuada y una inactivada como la vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) Condición para prescripción especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Nombre del vacunador o vacunadora:
Si respondió negativamente todas las preguntas: **VACUNAR** Si respondió positivamente a una o más preguntas, **NO VACUNAR**	

Versión: 03/2024

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima. IPS vacunadora: Hospital San Roque. Extramural: Las Palmas

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha (DD/MM/AAAA)	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación (CC, TI, RC, PA, CE, AS)	Número de identificación	Edad	¿Tiene usted alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Actualmente recibe tratamiento con medicamentos inmunosupresores? (2)		¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones? (3)		¿Ha recibido vacuna contra fiebre amarilla en los últimos 10 años?		¿Tiene usted alguna de las siguientes contraindicaciones? (4)		¿Presenta alguna de las siguientes condiciones? (5)		Observaciones para uso exclusivo del vacunador	Nombre completo del usuario
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	4-12-24	Kelly Salome Matama	T.I	1.141.132.238	Pjuo		X		X		X		X		X		X		Kelly
2	4-12-24	Jenny Viviana Castillo	CC	1.110.522.645	sanidad militar		X		X		X		X		X		X		Jenny Castillo
3	4-12-24	Fernando Perdomo	Cc	11187994	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		
4	4-12-24	Jennifer Lina Moreno	CC	1012359939	sanitas		X		X		X		X		X		X		Jennifer Lina
5	4-12-24	Javier Alexander Chaparro	CC	1106786781	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		Javier Chaparro
6	4-12-24	Daniela Tique Andrade	CC	28648945	Pjuo		X		X		X		X		X		X		Daniela Tique
7	4-12-24	Sofia Perez Rojas	T.I	1.105059715	pjuo		X		X		X		X		X		X		Sofia
8	4-12-24	Jaime Cuntero	CC	93444813	Pjuo		X		X		X		X		X		X		Sujeto Cuarto Rol
9	4-12-24	Carlos Gomez	Cc	5938507	sanidad militar		X		X		X		X		X		X		
10	4-12-24	Ana Cristina Peralta	CC	1.005824378	famisanar salud		X		X		X		X		X		X		Anacristina
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del lupus (incluye trasplante), insuficiencia renal o renales, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antimetabolitos

(3) Tiene problemas de coagulación para trombocitopenia, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Glanzmann

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: MMR, Varicela, Influenza y polio oral, varicela (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), no vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Candidato para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la mujer este dando lactancia materna, esta se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebe

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador:

Versión: 10/2024

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES noviembre AÑO 2024

IDENTIFICACION DEL VACUNADO — Grupo #04. Las Palmas.

ESQUEMA DE VACUNACION PAI (PAI / NO PAI) — NOMBRE DEL VACUNADOR

03 - Noviembre - 2024

Tipo doc. / Municipio	Número / Área	Fecha nac. / Barrio-vereda	Edad	Sexo	1er apellido / Dirección	2do apellido / Teléfono	Grupo étnico	Nombre / Desplazado / Discapacidad	Régimen / Correo	Aseguradora	Condición usuaria / Probable parto	Dosis PAI	Vacunador
CC	1.1050571335	09 01 1995	29	M	Tola	Tigue		Diomedes	Subsidiado	Pijao Salud	/	1	[illegible] Vera
Coyaima	Rural	Las Palmas			Las Palmas	/	Indigena	NO / Si	No tiene		No aplica		
T.I	1.111.968.760	06 06 2014	[illegible]	M	Rengifo	Garcia		Juan Manuel	Subsidiado	Sanitas	N.A	1	[illegible] Vera
Ibague	Urbana	Restrepo			Ibague Restrepo	/	Indigena	NO / NO	NO tiene		N.A.		
CC	38242337	14 10 78	46	F	Garcia			Emilce	subsidiado	Sanitas	N.A	1	[illegible] Vera
Ibague	Urbano	Restrepo			Barrio Restrepo	/	Indigena	NO / NO	No tiene.		N.A.		
CC	9348316	24 09 69	55	M	Malambo	Tigue		Ferney	Subsidiado	Pijao Salud	N.A	1	[illegible] Vera
Coyaima	Rural	Las Palmas			Las Palmas	/	Indigena	NO / NO	NO tiene		N.A.		
CC	1105064003	25 11 2003	21	F	Tole	Yara		Camila Alejandra	Subsidiado	Asmet Salud	N.A	1	[illegible]
Coyaima	Rural	Las Palmas			Las Palmas	/	Indigena	NO / NO	NO tiene		N.A.		
CC	1106394831	21 06 06	18	F	Rodriguez	Cifuentes.		Erika	Contributivo	Sanidad Militar	N.A	1	[illegible]
Coyaima	Urbano	Estacion Policia			Estacion de policia	301 480 2801	/	NO / NO	NO tiene.		N.A.		
CC	1110238223	21 08 06	18	F	Villanueva	Romero.		Angie Tatiana	Contributivo	Sanidad Militar	N.A	1	[illegible]
Coyaima	Urbano	Estacion Policia			Estacion de policia	3221654697	/	NO / NO	NO tiene.		N.A.		

LOTE

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN DE ADULTOS PAI Y NO PAI

Bio-manguinhos

TOLIMA
DEPARTAMENTO

COYAIMA
MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E.
INSTITUCIÓN

MES Diciembre AÑO 2024

6-10 = 1
11-20 = 1
21-30 = 2
31-40 = 2
41-50 = 2
51-59 = 2

total = 14

Grupo #04
Las Palmas

IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO

Tipo ID	Número de identificación	Día	Mes	Año	Edad	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Régimen	Aseguradora	Condición de usuaria	Esquema de vacunación PAI
CC	1.141.152.238	03	03	15	9	F	Maloma	Bayona	Kelly Salome			N.A	1
CC	1.110522645	05	05	1992	32	F	Castillo	Estefany	Jenny	Contributivo	Sanidad	N.A	1
CC	41187994	16	10	72	52	F	Perdomo		Fernando	Contributivo	Nueva EPS	N.A	1
CC	1012359989	07	06	1989	35	F	Luna	Moreno	Jennifer	Contributivo	Sanitas	N.A	1
CC	1106786781	03	04	96	28	M	Guarnizo	Devia	Jaime Alexander	Contributivo	Nueva EPS	N.A	1
CC	28648945	30	04	74	50	F	Tigue	Andrade	Danila	Subsidiado	Pijao	N.A	1
CC	1.105059715	10	12	10	13	F	Perez	Rojas	Sofia Alejandra	Subsidiado	Pijao Salud	N.A	1

Municipio de residencia	Área	Barrio / vereda	Dirección	Teléfono	Grupo étnico	Desplazamiento	Discapacidad	Correo electrónico	Fecha probable de parto
Coyaima	Rural	Las Palmas	Las palmas	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A.
Coyaima	Rural	Las Palmas	Las Palmas	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A
Coyaima	urbana	La Luna	La Luna	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A.
Coyaima	urbana	Las brisas	Las brisas	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A.
Coyaima	urbana	La vega	La vega	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A
Coyaima	urbana	Las brisas	Las brisas	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A
Coyaima	urbana	La Vega	La vega	/	Indigena	NO	NO	No tiene	N.A.

V. Vanegas
Vera
Judith
Carolina

04 - Diciembre 2024.

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E. — INSTITUCIÓN | MES: Noviembre AÑO: 2021

04 - Noviembre - 2021

IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO

Grupo #04
Las Palmas

N.º	Tipo	Número de identificación	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Régimen / Aseguradora	Condición de usuaria	Dosis PAI	Vacunador
1	CC	93444713	02 / 02 / 78	46	M	Quintero	Perea	Jame	Sub. Salud / Pijao	N.A	1	Carolth Ruth Vera
	Municipio: Coyaima	Área: Urbano	Barrio: La vega	Dirección: La vega	Teléfono: /	Grupo étnico: Indígena	Desplazamiento: No	Discapacidad: No	Correo: No tiene	Fecha probable de parto: N.A.		
2	CC	5935507	16 / 07 / 69	55	M	Gamez	Prieto	Carlos	Contributivo / Sanidad	N.A	1	
	Municipio: Coyaima	Área: Urbano	Barrio: Centro	Dirección: Centro	Teléfono: /	Grupo étnico: Indígena	Desplazamiento: No	Discapacidad: No	Correo: No tiene.	Fecha probable de parto: N.A		
3	CC	1.006.824.378	28 / 12 / 2000	24	F	Peralta	Olaya	Ana Cristina	Subsidiado / Asmet Salud	N.A	1	
	Municipio: Coyaima	Área: Urbano	Barrio: La Loma	Dirección: La Loma	Teléfono: /	Grupo étnico: Indígena	Desplazamiento: No	Discapacidad: No	Correo: No tiene	Fecha probable de parto: N.A		
4												
5												
6												
7												

LOTE

ACTA DE CIERRE DE MONITOREO DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA VEREDA TOTARCO NIPLE

En el municipio de Coyaima, Departamento de Tolima, a los 18 días del mes de noviembre del 2024, se procede a la elaboración del presente Acta de Cierre del Monitoreo de Vacunación contra la fiebre amarilla, con base en la alerta de brote de fiebre amarilla emitida por las autoridades sanitarias competentes.

Objetivo: El presente acto tiene como finalidad documentar el cierre del proceso de monitoreo y evaluación de las actividades de vacunación contra la fiebre amarilla, ejecutado en respuesta a la alerta epidemiológica por brote de fiebre amarilla en la región del Tolima, con el objetivo de garantizar la inmunización de la población en riesgo y controlar la propagación del virus.

Antecedentes: El día 08/09/2024, se notificó al sivigila el primer caso de fiebre amarilla en el Tolima en el municipio de Villarrica posteriormente se presentaron más casos generando una alerta de brote. El Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social emitieron una alerta epidemiológica ante la identificación del aumento de casos en el departamento de Tolima. Dicha alerta conllevó a la implementación de una campaña intensiva de vacunación en las zonas afectadas y aledañas a los casos identificados con el fin de prevenir la expansión de la enfermedad y proteger a la población en riesgo.

3. Actividades Realizadas:

Durante el periodo comprendido entre el 29 de noviembre, 2 y 3 de diciembre se realizaron las siguientes actividades de monitoreo y vacunación:

Revisión de cobertura: Se monitoreó la cobertura de vacunación casa a casa

Campañas de sensibilización: Se realizaron charlas y sensibilización sobre la fiebre amarilla y la importancia de la vacunación.

Vacunación: Se realizaba vacunación cuando se identificaban casos susceptibles de ser vacunados en los siguientes rangos de edad de 1 a 59 años para asegurar el acceso de toda la población objetivo.

Capacitación del personal de salud: Se realizaron capacitaciones para fortalecer el proceso de vacunación y la vigilancia epidemiológica.

4. Resultados del Monitoreo:

Cobertura de vacunación alcanzada:

Durante el barrido se vacunaron 34 personas, y se encontraron 27 personas vacunadas previamente con fiebre amarilla, la cobertura alcanzada fue de un 95.3% quedando pendiente 3 personas pendientes por vacunar las cuales dos de ellas firmaron disentimiento.

Cumplimiento de metas:

La meta de vacunación definida por el Ministerio de Salud fue alcanzada en un 95.3% no se logró alcanzar el 100% debido a que las personas no se encontraban en la vivienda.

5. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica:

Casos notificados:

Durante el periodo de monitoreo, no se identificaron casos sospechosos de fiebre amarilla en la región.

INFORME MONITOREO RAPIDO DE VACUNACION VEREDA TOTARCO NIPLE

VIVIENDAS	NUMERO	PORCENTAJE
NO DE CASAS EFECTIVAS	22	62.8%
NO DE CASAS NO EFECTIVAS	11	21.4%
NO DE CASAS FALLIDAS	2	5.7%

POBLACION SUSCEPTIBLE	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL, DE POBLACION PREVIAMENTE VACUNADA CON FIEBRE AMARILLA	27	42.1%
TOTAL, DE POBLACION ENCONTRADA NO VACUNADA	37	57.8%
TOTAL, DE POBLACION VACUANDA DURANTE EL BARRIDO	34	92%
TOTAL, DE POBLACION PENDIENTE POR VACUNAR	3	8.8%
TOTAL DE POBLACION QUE FIRMARON DISENTIMIENTO	2	5.8%

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

TOTARCO NIPLE

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
1 - 5	0	0
6- 10	0	0
11 -20	8	23.5%
21 - 30	5	14.7%
31 - 40	8	23.5%
41 - 50	8	23.5%
51 - 59	5	14.7%
TOTAL	34	100%

Del total de vacunados encontramos dos personas renuentes a la vacunación con un 5.8% A continuación se relacionan:

1. Jhon Alexander Torrejano Ti No 1108830387 de 27 años, afiliado a Sanitas Eps.
2. Roman Prada CC No 1105054786 de 38 años, afiliado a Pijao Salud Eps.

6. Observaciones y Recomendaciones:

Fortalecer la vigilancia epidemiológica: Se recomienda continuar con la vigilancia activa para detectar posibles casos y prevenir futuros brotes.

Continuar con las estrategias de sensibilización: Es importante seguir promoviendo la educación comunitaria sobre la fiebre amarilla y la vacunación, especialmente en áreas rurales de difícil acceso.

Mantener la capacitación del personal de salud: Asegurar que todo el personal de salud esté capacitado en el manejo de la vacuna y en la identificación temprana de casos.

EQUIPO DE MONITOREO:

JURGEN ALEJANDRO CASTILLO

ELLIA NAYIVE VEGA NAVARRO

JESUS DAVID OSPINO

KAREN YULIET LOZANO

DANI MILENA TIQUE

LUISA FERNANDA TORRES

JAIDITH PRADA QUIÑONEZ

MARY CONSTANZA MALAMBO

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUEMENTADO

Salud

r de identificación:

DAD TERRITORIAL: ___ HOSPITAL SAN ROQUE **MUNICIPIO:** COYAIMA **VEREDA:** TOTARCO NIPLE

AD OPERATIVA: _____ **FECHA:** _____ 29, 02 Y 3 DICIEMBRE

o del instrumento:

	B.																																	C.					D.	E.
MANZ	CATEGORIA DE VIVIENDAS				Total de población encontrada según grupos de edad								Total de población vacunada previamente con FIEBRE AMARILLA según grupos de edad								Total de población encontrada NO vacunada según grupos de edad en barrido								Total de población vacunada durante el barrido según grupos de edad								Total de población no vacunada en el barrido según motivos						Observaciones
	Viviendas (C)	No Aplican (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicad. Ms médico	Rehúsa	Factores E/C servicio de salud	Factores E/C la familia	Otros	
1	C									2		2								0						2		2						2						2 Adulto Mayor
2	C					2	1		1		1	5		2	1					3				1		1	1	2					1		1	2					
3	C						2			1	1	4			1			1		2			1			1	2			1			1	2					
4			2									0								0								0							0					cerrada
5		1										0								0								0							0					Abandonada
6	C				1			1			1	3	1							1				1			1	2				1			1	2					1 Adulto mayor
7		2										0								0								0							0					2 Adulto Mayor
8	C								1	1		2					1			1					1			1					1			1					2 Adulto mayor
9	C							1				1								0				1				1				1			1					
10		2										0								0								0							0					2 Adulto mayor
11	C						2		1	1		4			1					1			1		1	1		3			1		1	1		3					
12		2										0								0								0							0					2 Adulto Mayor
13	C										1	1								0						1	1	1						1	1					
14	C					1	2	2	1	1		7		1				1		2			1	1	1			3			2	2	1			5					
15	C					1		2		2		5	1		2					3					2			2					1			1					
16	C				2			1	1			4	2			1				3				1				1					1			1					
17	C					1	4			2		7		1	2					3			1		2			3			1			1		2					
18	C										1	1								0							1	1							1	1					
19	C				1		1	1				3	1							1			1	1				2			1	1				3					
20		2										0								0								0							0					2 Adulto Mayor
21	C									1		1								0						1		1						1	1					
22		2										0								0								0							0					2 Adulto Mayor
23	C									1		1								0						1		1						1	1					
24		1										0								0								0							0					
25		2										0								0								0							0					2 Adulto Mayor
26			2									0								0								0							0					cerrada
27	C						1			2		3			1			1		2					1			1					1			1					2 Adulto Mayor
28		2										0								0								0							0					1 adulto mayor
29		2										0								0								0							0					1 Adulto Mayor
30		2										0								0								0							0					1 Adulto Mayor
31	C						1					1			1					1			1					1							1					
33	C						1					1			1					1			1					1							1					
34	C								1		1	2							1	1					1			1					1			1					
35	C					2	1		2			5		2	1		1			4					1			1					1			1					
35	C								1			1								0					1			1					1			1					
36																																									
37																																									
ALES	22	11	2	0	4	7	16	8	9	14	8	64	5	6	9	1	2	3	1	27	0	0	9	5	8	10	5	37	0	0	4	5	8	8	5	34						22 adultos mayores

embros del quipo que	
EGORIAS DE IVIENDAS ISITADAS endase como nda una casa, apartamento, arbi ocupado	**VIVIENDA EFECTIVA: (E)** vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación encaso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE : Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
	Contraindicación médica: Diversas indicaciones médicas señaladas en el nivel público y privado.
TIVOS DE NO UNACION EN BARRIDO	**Renuente:** Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: (religiosos, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llevo suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

umento BD-1
rado por: PAI - MSPS

Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de CAYAIMA

Salud

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Hospital San Roque MUNICIPIO Cayaima LOCALIDAD / COMUNA Tobaco Niple BARRIO:

UNIDAD OPERATIVA: FECHA:

Cuerpo del instrumento:

	CATEGORÍA DE VIVIENDAS				Niños menores de 5 años identificados según grupos de edad								Niños menores de 5 años vacunados según grupos de edad								Total de personas NO vacunadas según grupos de edad								Total de personas vacunadas (mayores de 5 años) según grupos de edad								Datos de personas vacunadas					Observaciones
MANZANA	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Carné de vacunación visible	Nacionalidad	Teléfono de la persona mayor de edad	Parentesco M/C/o familia	Edad	
1	E									2		2								0						2		2						1		1		1	P	2	Adulto Hv
2	E					2	1		1		1	5		2	1					3					1		1	2					1		1	2				Edinson Prado
3	E						2			1	1	4			1			1		2			1			1	2						1	1	2				Jose Arrobalo
4			2									0								0								0										Reinaldo Hv Milton
5		1										0								0								0										Alhantmado
6	E				1			1			1	3	1							1				1			1	2			1			1	2			1	Adulto Hv Nelly
7		2										0								0								0										2 Adulto Hv
8	E							1	1			2					1			1						1		1						1		1			1P Hernan Arrobalo
9	E						1					1								0				1				1										Jose Hv 2 Adulto
10		2										0								0								0										2 Adulto Hv
11	E						2		1	1		4			1					1			1		1	1		3			1		1	1		3				Dagoberto Prado
12		2										0								0								0										2A Adulto Hv
13	E										1	1								0							1	1						1	1				Reinaldo Hv 2 Adulto Hv
14	E					1	2	2	1	1		7		1				1		2			2	2	1			5			2	1			3				Hector Yubanis Tique
15	E					1		2		2		5	1		2					3						2		2					1		1				Yesid Yubanis
16	E				2			1	1			4	2			1				3					1			1				1			1				
17	E				1	1	4			2		7		1	2					3			2			2		4			1			1		2			Yohany Tique
18	E										1	1								0							1	1						1	1			
19	E				1		1	1				3	1							1			1	1				2			1			1	2				David Prado
20		2										0								0								0										2 Adulto Hv
21	E									1		1								0							1	1						1	1				
22		2										0								0								0										2 Adulto Hv Alvaro
23	E									1		1								0							1	1						1	1				
24		1										0								0								0										2 Adulto Hv Benito
25		2										0								0								0										Sandra Gonzalez
26			2									0								0								0										Katiuska
27	E						1			2		3			1			1		2						1		1						1	1				
28		2										0								0								0										2 Adulto Hv
29		2										0								0								0										1 Adulto Hv Alvaro
30		2										0								0								0										Alvaro 1 Adulto Hv
TOTALES																																								

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto, una choza, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación en caso de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con dueño de vacunación y un adulto se rehusaron a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Contraindicación médica: Diversas indicaciones médicas señaladas en el nivel básico y primario.

Razonables: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: tradiciones, creencias de la zona, tradicionales de cabeza, no confían en la vacuna, etc.)

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no hace su trabajo rutinario.

Factores relacionados a la familia: Cuando los responsables de la familia no autorizan el día de la vacunación (viaje, salida a otros escenarios, etc)

Otros: Diferentes razones que no incluyan en las anteriores opciones

Instrumento BS-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud — Hospital San Roque

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de COYAIMA — Salud

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Hospital San Roque MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: Tobaco Niple BARRIO: _____
UNIDAD OPERATIVA: _____ FECHA: _____

Cuerpo del instrumento:

NOVEDAD	Vivienda (V)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	Total de personas vacunadas según rangos de edad en años								Total de personas vacunadas por rangos de edad en meses								Total de personas vacunadas del vecindario según rangos de edad en años								Total de personas vacunadas del vecindario según rangos de edad en meses								Causa por la cual no se vacunaron en barrido documentado					Observaciones
					1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Factores de PC asociados a la salud	Fallecido	Otros	
1	V						1					1								0			1				1			1									
2	V						1				1	2								0			1				1			1				1					
3	V								1		1	2								0					1		1					1		1					
4	V					2	1		2			5		2	1		1			4					1		1					1		1					Edinson, Rady, Piedad
5	V								1			1								0					1		1					1		1					
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								
13																																								
14																																								
15																																								
16																																								
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
21																																								
22																																								
23																																								
24																																								
25																																								
26																																								
27																																								
28																																								
29																																								
30																																								
TOTALES																																								

Firmantes del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CARACTERIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto, conexión, etc.)

- VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación o hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación en caso de ser necesaria.
- VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
- VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
- CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es reacuente a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

- Contraindicación médica: Diversas indicaciones médicas señaladas en el cine público o privado.
- Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias, creencias de la zona, explicaciones de padres, no confían en la vacuna, etc.
- Factores relacionados a prevención de salud: Cuando el personal de salud se fuya anteriores veces.
- Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no sobrevive al día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
- Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento BS-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA
DEPARTAMENTO

COYAIMA
MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E
INSTITUCION

MES ________ AÑO ____

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI | NO PAI

	35307224	02	03	[illegible]	58	F	Gstiva	Vargas	Maria Nelly	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								
	1005726685	22	08	[illegible]	39	M	Prada	Prado	Edinson I	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								
	93470626	02	09	[illegible]	53	M	Prada	Luna	Jose Aristobulo	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								
	1109842120	13	09	[illegible]	30	M	Prada	Prada	David	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								
	93344009	22	03	[illegible]	57	M	Moreno	Luna	Carlos Julio	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								
6	93477428	13	04	[illegible]	49	M	Loaiza	Prado	Auner	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								
7	93477637	28	12	[illegible]	45	M	Lonias	Tique	Yesid	Sub	Pijao
	Coyaima		Totarco Niple								

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES Noviembe año 2024

Totarco Niple — 29 de Noviembre 2024 — Grupo 5

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO DIA	(1) TIPO Identificación	(2) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (3) DIA	(4) MES	(5) AÑO	(6) EDAD	(7) SEXO	(8) PRIMER APELLIDO	(9) SEGUNDO APELLIDO	(10) NOMBRES	(11) REGIMEN	(12) ADMINISTRADORA	(13) CONDICION DE USUARIO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI (BCG; TRIPLE VIRAL; PENTAVALENTE / TETRAVALENTE; HEPATITIS B; ROTAVIRUS; NEUMOCOCO; TRIPLE VIRAL) — NO PAI (VPH; INFLUENZA; HEPATITIS A; VARICELA; MENINGOCOCO; HEPATITIS B; TRIPLE VIRAL)	NOMBRE DEL VACUNADOR
			(14)	(15)	(16)	(17)									
1	CC	1105058417	25	07	1972	44	M	Moreno	Cuellar	Juan de la Cruz	Sub	Pijao		1 dosis	
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					
2	CC	1007389692	29	04	1970	28	M	Ducuara	Tique	Jose Fredy	Sub	Pijao		1 dosis	
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					
3	CC	1005726483	11	08	1989	35	F	Ducuara	Tique	Rosalia	Sub	Ampel Salud		1 dosis	
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					
4	CC	1105059168	18	05	2008	16	M	Roda	Ducuara	Oscar Duvan	Sub	Ampel Salud		1 dosis	
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					
5	CC	1105054735	20	07	1986	38	F	Joaiza	Lora	Julia Rolid	Sub	Pijao		1 dosis	
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					
6	CC	1105055605	19	05	2005	19	M	Juanias	Joaiza	Hector	Sub	Pijao		1 dosis	Dani Milena Tique
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					
7	CC	1105227866	18	05	2003	21	M	Juanias	Joaiza	Heriy Yolid	Sub	Pijao		1 dosis	
	(18) MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Coyaima	(19) AREA DE PROCEDENCIA	(20) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE PROCEDENCIA: Totarco Niple	(21) DIRECCION DE PROCEDENCIA	(22) TELEFONO	(23) GRUPO ETNICO	(24) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(25) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(26) CORREO ELECTRONICO	(27) FECHA PROBABLE DE PARTO					

Escaneado con CamScanner

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES ____ AÑO ____

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO	EDAD	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	No. DE GUIA	ESCOLARIDAD	ETNIA	FECHA PROBABLE DE PARTO
93470672	23	11	1972	52	M	Juno	Prada	Gonzalo	Sub	Primaria		
Coyaima			Tobaco Nple									
93476935	09	01	1976	48	M	Prada	Juno	Dagoberto	Sb	Ninguna		
Coyaima			Tobaco Nple									
1105685960	19	09	1991	30	M	Moreno	Cotivo	Yilber	Sub	Sanidad Militar		
Coyaima			Tobaco Nple									
93478093	31	10	1981	93	M	Juanico	Tique	Hector	Sub	Primaria		
Coyaima			Tobaco Nple									
93478705	22	02	1984	40	M	Romero	Perez	Mikiades	Sub	Ninguna		
Coyaima			Tobaco Nple									
80735691	30	03	1982	42	M	Tique	Prada	Jose Yoban	Sub	Primaria		
Coyaima			Tobaco Nple									
93476019	22	09	1972	52	M	Moreno	Juno	Reinaldo	Sub	Primaria		
Coyaima			Tobaco Nple									

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI							NO PAI							NOMBRE DEL VACUNADOR
BCG	TRIPLE VIRAL	PRIMERA DT/DPT/DT	SEGUNDA DT/DPT/DT	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	TDAP/DT	FIEBRE AMARILLA	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
20	21	22	23	30	31	32	33	34	35	36	37	38	40	41

FIRMA
ANTE LA
ANT 1 LA
ANT 2 LA

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO — MUNICIPIO — HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION — DIA 02 MES 12 AÑO 2024

Totarco Niple.

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

No.	Tipo doc.	No. identificación	Día	Mes	Año	Edad	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Régimen	Aseguradora	Municipio de residencia	Área	Barrio / vereda	Teléfono	Esquema PAI
1	CC	1108930650	02	10	1987	36	F	Tuanias.	tique	Yerci	Subsidiado	Pijao	Coyaima	Rural	Totarco niple	317	Td
2	CC	1105061465	22	11	1996	28	M	Cacais.	loaizo	Norberto.	Subsidiado	Asmet Salud	Coyaima	Rural	Totarco niple	321284 2207	Td
3	CC	1105059028	03	07	2009	15	F	[illegible]	loaiza	Keli Vanesa	Subsidiado	Pijao.	Coyaima	Rural	Totarco niple	322463 3894	Td
4	CC	11050J5461	815	09	2004	20	M	Prada	Prada	Dimas.	Subsidiado	Asmet	Coyaima	Rural	Totarco niple	3457 2910	Td
5	TI	1031654479	23	02	2007	17	F	Vasquez	Tunias	Angie Yuliet.	Subsidiado	Pijao	Coyaima	Rural	Totarco niple	311457 2824	Td
6	CC	28652683	08	12	1981	43	F	Moreno	luna	graciela	Subsidiado	Pijao	Coyaima	Rural	Totarco niple	No tiene	Td
7	CC	65791449.	31	05	1984	40	F	Diaz	Loaizo	Nancy	Subsidiado	Pijao	Coyaima	Rural	Totarco niple	311837 0389.	Td

ESQUEMA DE VACUNACION PAI — PAI — NO PAI

Nombre del vacunador: Dani Milena Tique Narvaez.

Escaneado con CamScanner

Ministerio de Salud y Proteccion Social

Republica de Colombia

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA (DEPARTAMENTO) — COYAIMA (MUNICIPIO) — HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E (INSTITUCION) — MES 12 — AÑO 2024

Triple Gripe

DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI / NO PAI	OBSERVACIONES
1	CC 28652990 — 24/03/1971 — 40 — F — Fuscha — Alape — Maria Nelsa — Subsidiado — Pitico — Coyaima — Rural — Totarco triple — 3138327196	PAI: 30	
2	CC 28649729 — 28/08/1971 — 46 — F — Polocha — Vinche — Bernisa — Subs. — Pitico — Coyaima — Rural — Totarco triple — 100 fijo	PAI: 30	
3			
4			
5			
6			
7			

11-20: 3 — 21-30: 2 — 31-40: 3 — 41-50: 2 — 51-54: 1

Dani Milena Tique V.

Escaneado con CamScanner

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA (DEPARTAMENTO) | COYAIMA (MUNICIPIO) | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E (INSTITUCION) | MES 11 | AÑO 24

grupo 5.

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

	(1) TIPO	(2) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (3) DIA	(4) MES	(5) AÑO	(6) EDAD	(7) SEXO	(8) PRIMER APELLIDO	(9) SEGUNDO APELLIDO	(10) NOMBRES	(11) PERTENENCIA ETNICA	(12) OCUPACION	(13) FECHA DE VACUNACION	ESQUEMA DE VACUNACION PAI	ESQUEMA DE VACUNACION NO PAI	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	TI	1105058045	12	04	08	16	F	Tique	Moreno	Rosmiry	Gobernador	Pijao		TD.		Dani Hilena
2	TI	1105058012	12	02	2007	16	M	Prada	Diaz	Alex Mauricio	Gobernador	Pijao		TD.		Dani Hilena
3		1105058936	09	05	2009	15	M	Prada	Poloche	Santiago	Gobernador	Pijao		TD.		Dani Hilena
4	CC	1105057096	24	02	1990	34	F	Diaz	Loaiza	Maria Pitad	Gobernador	Pijao		TD.		Dani Hilena
5																Dani Hilena
6																Dani Hilena
7																Dani Hilena

02-12-24

LOTE

Escaneado con CamScanner

Grupo 5

Salud

Hospital SAN ROQUE

Direccion Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD
Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** Tota, CO Nipe
Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Recibe algún tratamiento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado anafilaxia o alergia grave a alimentos?		¿Ha recibido vacunas vivas atenuadas en los últimos 28 días? (4)		¿Ha recibido sangre o hemoderivados en los últimos 30 días?		Condición para precaución especial (5)		Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	29 de Noviembre	Jose Fredy Orozco	CC	1007789692	Pijao		X		X		X		X		X		X			Jose Fredis
2		Rosalia Diccua Taque	CC	1005726483	Sisben		X		X		X		X		X		X			Rosalia
3		Oscar Duran Prado	CC	1105058168	Capital Salud		X		X		X		X		X		X			Oscar Duran
4		Julia Astrid Loaiza Ju	CC	1105054735	Pijao		X		X		X		X		X		X			Julia Astrid Loaiza
5		Alberto Ramos Loaiza	CC	1105055605	Pijao		X		X		X		X		X		X			Julia Astrid Loaiza
6		Heriy Yalid Ramos L	CC	1005727866	Pijao		X		X		X		X		X		X			Heriy Yalid Ramos
7	Viernes 29 de Noviembre 2024																			
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.
(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no podrán administrar a pacientes infectados por VIH
(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (más sostenida por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.
(3) Tiene problemas de coagulación/púrpura trombocitopénica, lesiones, laceraciones en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Willebrand?
(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rotavirus, varicela, (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), son vacunas contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas
(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia mañana, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunadora:

Versión: 08/2024

02-12-2024

Salud | Hospital San Roque | Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima | IPS vacunadora: Hospital San Roque | Extramural: Vereda Totumo Nuevo

Barrio, vereda, comunidad, otro... especificar

FECHA VACUNACIÓN	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número de identificación	EDAD	1. ¿Tiene usted fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de espalda o malestar general?		2. ¿Tiene usted alguna enfermedad del timo, como miastenia gravis, timoma o timectomía?		3. ¿Tiene usted alguna enfermedad que afecte su sistema inmunológico, como VIH/SIDA, cáncer, lupus, artritis reumatoide o enfermedad inflamatoria intestinal?		4. ¿Tiene usted alergia a huevos, gelatina, proteínas de pollo o a alguna vacuna?		5. ¿Está usted embarazada, en lactancia o piensa quedar en embarazo en los próximos 28 días?		6. ¿Ha recibido usted alguna vacuna en los últimos 28 días?		7. ¿Ha recibido usted alguna vacuna en los últimos 3 años?		Nombre completo
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
02/12/24	Yeraldin Tovias Tique	CC	1108930650	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	Yeraldin Tovias
02/12/24	Norberto Cacais L.	CC	1105061465	Adulto		X		X		X		X		X		X		X		X	
02/12/24	Keli Vanesa Jimenez L	TI	1105059028	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	
02/12/24	Dimas Gaviria Prada	CC	1105055461	Adulto		X		X		X		X		X		X		X		X	Dimas Prada
02/12/24	Angi Yulier Vasquez	TI	1031654479	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	
02/12/24	Graciela Moreno Lince	CC	28662683	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	Graciela
02/12/24	Nancy Diaz Lozada	CC	65791449	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	Nancy Diaz
02/12/24	Gloria Neby Sierra	CC	28652990	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	Maria Sierra
02/12/24	Bernice Bolaños Vilche	CC	28649729	25/10		X		X		X		X		X		X		X		X	Bernice Bolaños
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, RC = Registro civil, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías linfoproliferativas, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o esplenectomía. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Manifestaciones hemorrágicas: petequias (tipo puntiforme por más de 14 días), equimosis, hematomas, gastrointestinales.

(3) Tiene problemas de coagulación: púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben aplicarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela, (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con excepción contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para prevacunación especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. Al caso de que la mujer esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del responsable o vacunador: _____ Vacunador Auxiliar

Grupo 5

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** Totaku - Nipe

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad N°	EAPB	(1) ¿Padece alguna enfermedad inmunosupresora?		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Usted o algún miembro de su familia ha presentado reacciones graves después de recibir alguna vacuna? (3)		¿Ha presentado alguna enfermedad grave que requiera atención especializada?		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de recibir alguna vacuna? (4)		¿Actualmente usted está embarazada o en periodo de lactancia? (5)		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (6)		¿Ha recibido alguna vacuna inactivada (muerta) o toxoide en los últimos 3 días? (7)		Fiebre?	Contacto estrecho?	Firma o huella del vacunado
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	21 Septiembre	Maria Nelly Calvo L.	CC	65787224	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Maria Nelly
2		Edinso Prada Prada	CC	1005726685	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Edinso Prada
3		Jose Aristobulo Prada	CC	93470626	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Jose Aristobulo
4		David Prada Prada	CC	1109842120	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					David Prada Prada
5		Carlos Julio Moreno	CC	93344009	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Carlos Julio
6		Avner Lozano Prada	CC	93477428	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Avner Lozano
7		Yesid Juanias Tique	CC	93477637	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Yesid Juanias
8	22 Sept	Gonzalo Prada Luna	CC	93476672	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Gonzalo Luna
9		Dagoberto Prada Luna	CC	93476435	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Dagoberto Prada
10	23 Sept	Yilber Moreno Cativa	CC	1105685960	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					
11		Hector Juanias Tique	CC	93478593	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Hector Juanias
12		Milciades Romero Perez	CC	93478705	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Milciades
13	24 Sept	Jose Yoban Tique P.	CC	80736691	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Jose
14		Reinaldo Moreno Luna	CC	93476019	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Reinaldo
15		Juan de la Cruz Moreno	CC	1105058417	Pijao		X		X		X		X		X		X		X					Juan

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Residencia, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre ellas: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o esplenectomía. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (más pertinax por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación/purpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Dilbet?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, parotiditis y sarampión, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebe.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador o vacunador:

Versión 08/2021

Grupo 5.

Salud

SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención – Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima IPS vacunadora: HSR Extramural: Totarco Nipe

Barrio, vereda, comunidad, otro... especificar

	Fecha (DD/MM/AA)	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identificación	Edad	Alguna vez recibió vacuna contra fiebre amarilla? SI	Alguna vez recibió vacuna contra fiebre amarilla? NO	Tiene alguna de las siguientes condiciones? (1) SI	Tiene alguna de las siguientes condiciones? (1) NO	Ha presentado alguna reacción adversa a vacunas? SI	Ha presentado alguna reacción adversa a vacunas? NO	Está usted recibiendo tratamiento inmunosupresor o quimioterapia? SI	Está usted recibiendo tratamiento inmunosupresor o quimioterapia? NO	Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad del timo? SI	Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad del timo? NO	Ha recibido trasplante de órganos o células progenitoras hematopoyéticas? SI	Ha recibido trasplante de órganos o células progenitoras hematopoyéticas? NO	Condición para procedencia especial (5)	Condición para procedencia especial (5)	Observaciones
1	03-12-24	Rosmira Figueroa.	TI	1105058045	22		X		X		X		X		X		X		X	Rosmira T.
2	03-12-24	Alex Mauricio Prada	TI	1105058012	22		X		X		X		X		X		X		X	Alex mauricio
3	03-12-24	Santiago prada P.	TI	1105058936	22		X		X		X		X		X		X		X	Santiago
4	03-12-24	María Pitod. Dut.	CC	1105057996	22		X		X		X		X		X		X		X	Piedad trazlaviesa
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, otras inmunodeficiencias del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o enfermedad. La vacuna no pudiera administrarse a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (más continuo por más de 14 días), quimioterapia, antirretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación como trombocitopenia, leucemia, hemorragias en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Willebrand

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y parotiditis, varicela. (si aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas). Gripa vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para procedencia especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica y lineamiento nacional. En caso de que la madre sea donde lactancia materna, esta se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir	
	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR **Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR**

Nombre del vacunador o vacunadora

Versión: 08/2024

02-12-24

Grupo 5

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendio.
					Años	Meses					
1	02-12-24	Jon Alexander Tordumo	TI	1109930387	17		Totarco Nipe	Savitas	NO quiere		
2	02-12-24	Roman Prada	CC	1105054386	38		Totarco Nipe	Savitas	NO quiere		
3	02/12/24									Roman	Pam
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

INFORME VACUNACION FIEBRE AMARILLA

VEREDA TERMINADA

NOMBRE DE LA VEREDA: NUEVA ESPERANZA

FECHA DE BARRIDO: 18,19,20,22 Y 23 DE NOVIEMBRE DEL 2024

EBS GRUPO # 1

TOTAL DE PERSONAS	**169**
TOTAL DE CASAS	**108**
NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS PREVIAMENTE	**82**
NUMERO DE PERSONAS ENCONTRADAS NO VACUNADAS	**87**
NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS DURANTE EL BARRIDO	**69**
CASAS CERRADAS	**0**
CASAS ABANDONADAS	**26**
FINCA DONDE SOLO ORDEÑAN VACAS	**1**
ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS	**49**
CASA UTILIZADA COMO ACAMPAMIENTO MILITAR	**1**
MUJERES GESTANTES	**2**
MUJERES LACTANTES	**6**
MENORES DE 12 MESES	**6**
PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DE LA VEREDA AL MOMENTO DEL BARRIDO	**0**
CASAS CON BARRIDO EFECTIVO	**39**
CASAS CON BARRIDO NO EFECTIVO	**61**
CASAS FALLIDAS	**0**
CASAS RENUENTES	**8**

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

1 -5 años	6 -10 años	11 – 20 años	21 – 30 años	31 – 40 años	41 – 50 años	51 – 59 años
1	1	15	16	5	15	16

PERSONAS RENUENTES QUE NO QUISIERON FIRMAR: 5

NOMBRE COMPLETO	**NUMERO DE DOCUMENTO**	**EDAD**	**EAPB**	**LUGAR DE RESIDENCIA**
Dayamerth charyth Oyola	Cc: 1006120697	23	Pijao salud	VEREDA NUEVA ESPERANZA
Fredy Herrada Aguja	Cc: 93478693	40	Pijao salud	VEREDA NUEVA ESPERANZA
Jonny Estivenson Guarnizo	Cc: 1075315105	25	Nueva eps	VEREDA NUEVA ESPERANZA
Josee ver cupitra aroca	Cc:29425004	28	Pijao salud	VEREDA NUEVA ESPERANZA
Carlos Andrés cupitra aroca	Cc:27836598	30	Pijao salud	VEREDA NUEVA ESPERANZA

PERSONAS RENUENTES QUE FIRMARON: 13 personas firmaron el formato de rechazo a la vacuna de la fiebre amarilla. De las siguientes edades:1 persona de las 13 solo entrega nombre, refiere no se sabe su número de documento, no lo encuentra. Además, refiere no saber firmar y anexa huella.

1 -5 años	6 -10 años	11 – 20 años	21 – 30 años	31 – 40 años	41 – 50 años	51 – 59 años
0	0	0	2	1	4	5

Dirección de Promoción y Prevención

Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: HOSPITAL SAN ROQUE MUNICIPIO: COYAIMA LOCALIDAD / COMUNA: RURAL BARRIO: VEREDA NUEVA ESPERANZA

UNIDAD OPERATIVA: _EBS # 1 - HOSPITAL SAN ROQUE FECHA: 18 de Noviembre al 23 de Noviembre del 2024

Cuerpo del instrumento:

A.	B.				C.																																	E.					F.
VIVIENDAS	CATEGORÍA DE				Total de población encontrada según grupos de edad								Total de población vacunada previamente con								Total de población encontrada NO vacunada								Total de población vacunada durante el								Total de biológicos					Observaciones
	Mujer	No efectiva	Fallida	Con morador	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicación	Renuente	[illegible]	[illegible]	Otros	Si encuentra un niño que refiere que ya está vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb
1	1						1	1		2		4						2		2			1	1				2			1	1				2						
2				1				1		1		2								0				1		1		2								0		2				1 BB DE 3 MESES - 1 MUJER LACTANTE. REFIEREN QUE VACUNARON EN NATAGAIMA PERO EN PAI WEB NO REGISTRA APLICACIÓN DE VACUNA, NO MUESTRA CARNET Y REFIERE NO QUERERSE VACUNAR
3		1										0								0								0								0						1 + 59 AÑOS
4		1						1			1	2				1			1	2								0								0						
5		1								1		1						1		1								0								0						
6		1										0								0								0								0						CASA ABANDONADA
7		1			1			1				2	1			1				2								0								0						
8	1										1	1								0							1	1							1	1						
9	1				1			1				2	1							1				1				1				1				1						
10		1										0								0								0								0						1 + 59 AÑOS
11		1																																								1 + 59 AÑOS
12		1			1			1		1	2	4	1			1		2		4								0								0						
13		1																		0								0								0						1 + 59 AÑOS
14				1				1		1		2								0				1		1		2								0		2				1 + 59 AÑOS
15		1																		0								0								0						CASA ABANDONADA
16	1										1	1								0							1	1							1	1						
17		1				1	1		1			3		1	1		1			3								0								0						
18	1						2		1	1		4						1		1			2		1			3			2		1			3						
19	1				1	1	1		1		1	5	1	1	1		1			4							1	1							1	1						2 + 59 AÑOS
20		1																		0																0						CASA ABANDONADA
21	1				1	1	1		1	1		5	1	1	1		1			4						1		1						1		1						
22		1								1		1						1		1								0								0						2 + 59 AÑOS
23	1					1	1			1	1	4			1	1				2						1	1	2						1	1	2						
24		1																		0								0								0						CASA ABANDONADA
25	1					1	2			1		4		1						1			2			1		3			2			1		3						1 BEBE DE 5 MESES MAS 1 MUJER LACTANTE SIN LA FA CON 11
26	1									2		2								0						2		2						2		2						
27		1																																		0						CASA ABANDONADA
28				1							1	1								0							1	1								0		1				2 + 59 AÑOS
29	1				2		2			1	1	6	2		2					4						1	1	2						1	1	2						
30	1									1		1								0						1		1						1		1						
31		1																																								CASA ABANDONADA
32		1																																								CASA ABANDONADA
33		1																																								1+59 AÑOS
34		1								1		1						1		1																						1+59 AÑOS
35	1				1						2	3	1							1							2	2							2	2						
36		1																																								2+59 AÑOS
37		1																																								2+59 AÑOS
38	1								1		1	2					1			1							1	1							1	1						
39	1										1	1															1	1							1	1						
40		1																																								CASA ABANDONADA
41		1																																								CASA ABANDONADA
42		1																																								CASA ABANDONADA
43	1					1	1			2		4		1						1			1			2		3			1			1		2		1				
44		1				1	2			1		4			1	2		1		4																						
45		1																																								CASA ABANDONADA
46	1					2	2			1	1	6		1	1					2			2			1	1	4			2			1	1	4						
47	1						2				1	3											2				1	3			2				1	3						
48		1																																								CASA ABANDONADA
49		1																																								1+59 AÑOS

50	1					1	2			1		4										1	2			1		4		1	2			1		4						
51	1							1			1	2												1			1	2							1	1		1				
52	1						1				1	2			1					1							1	1							1	1						1+59 AÑOS
53	1				1	1		1		1		4	1	1				1		2				1				1				1				1						
54		1																																								CASA ABANDONADA
55		1																																								CASA ABANDONADA
56		1																																								CASA ABANDONADA
57		1																																								CASA ABANDONADA
58		1																																								1+59 AÑOS
59	1				2			1	1			4	1							1	1			1	1			3	1			1	1			3						
60		1																																								1+59 AÑOS
61		1																																								CASA ABANDONADA
62		1																																								2+59 AÑOS
63		1																																								1+59 AÑOS
64		1																																								1+59 AÑOS
65		1																																								2+59 AÑOS
66				1	1		1		2			4	1				1			2			1		1			2										2				
67		1																																								1+59 AÑOS
68		1																																								2+59 AÑOS
69		1																																								CASA ABANDONADA
70	1					1	1	1		2		3		1				2		3			1	1				2			1					1		1				
71		1																																								1+59 AÑOS
72		1																																								CASA ABANDONADA
73				1						2		2														2		2										2				1+59 AÑOS
74	1									1		1														1		1						1		1						1+59 AÑOS
75	1							17		1		16				6				5				8		1		10				9		1		10						CAMPAMENTO MILITAR
76		1																																								ABANDONADA
77		1																																								ABANDONADA
78		1																																								CASA ABANDONADA
79		1																																								3+59AÑOS
80				1				1	1		1	3												1	1		1	3										3				2+59AÑOS
81		1																																								1+59 Y UN BB 4 MESES, LACTANTE 25 años
82		1						2			1	2				1			1	2																						
83	1					1	3	2			2	8		1	1	2			1	7							1	4							1	3						2+59AÑOS,2 BEBES 11 Y 6 MESES Y 2 mujeres LACTANTES
84		1																																								CASA ABANDONADA
85		1																																								CASA ABANDONADA
86		1																																								FINCA SOLO ORDEÑADERO
87	1					1			1	1		3		1				1		3					1			3					1			3						
88	1							1				1													1			1					1			1						1 BB 5 MESES
89	1									1		1														1		1						1		1						
90	1							1				1												1				1				1				1						1+59 AÑOS
91	1									1		1														1		1						1		1						
92	1									1		1														1		1						1		1						
93	1								1			1													1			1					1			1						
94	1						1					1											1					1			1					1						
95	1				1			2				1	1			1				2				1				1				1				1						1 BB 5 MESES + 1 F LACTANTE DE 20 AÑOS
96				1					1			1													1			1										1				
97	1				2	1	1	2			2	8	2	1		1			2	6			1	1				2			1	1				2						2 + 59 AÑOS - 2 GESTANTES
98		1																																								CASA ABANDONADA
99		1																																								1 + 59 AÑOS
100		1																																								CASA ABANDONADA
101				1							2	2															2	2										2				RENUENTE
102		1																																								2 + 59 AÑOS
103		1																																								1 + 59 AÑOS
104		1																																								1 + 59 AÑOS
105		1					2		1			4			1		1			4																						
106		1					1					1			1					1																						
107	1										1	1															1	1							1	1						
108	1										1	1															1	1							1	1						
TOTALES	39	61	0	8	15	15	32	36	13	33	27	169	14	11	16	17	6	13	9	83	1	1	16	21	8	20	20	87	1	1	15	16	9	15	16	69	0	18	0	0	0	

Miembros del — María Alejandra Corrales

CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiendase como	**VIVIENDA EFECTIVA: (E)** vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación en caso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE : Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	**Contraindicación médica:** Diversas indicaciones médicas señaladas en el nivel público y privado.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: (religiosos, creencias de la zona, implicaciones de género, no confiar en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no lleva suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Hospital San Roque — MUNICIPIO: Fusagasugá — LOCALIDAD / COMUNA: Nueva Esperanza — BARRIO: Verde
UNIDAD OPERATIVA: ESE # 1. — FECHA: 18/11/2024

Cuerpo del instrumento:

MANZANA No.	CATEGORÍAS DE VIVIENDAS				Casas de población entre 0 y 59 meses según grupos de edad								Casas de niños y adolescentes entre 0 y 19 años según grupos de edad								Casas de población entre 1 y 59 años según grupos de edad								Casas de población entre 0 y 59 años según grupos de edad								Observaciones
	Efectivas (E)	No Efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-4 AÑOS	5-10 AÑOS	11-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Vacunación a niños	Ausente	Rechazo E/C asistir al colegio	Rechazo E/C a la familia	Otros	
1	X						1	1			2		4							2		2			1	1					2								2					1
2				X				1			1		2									0					1		1		2								2					1 Rh+13 Meses 2
3		X											0									0									0								0					1 59 años
4		X						1				1	2				1				1	2									0								0					
5		X									1		1							1		1									0								0					Casa Cerrada
6		X											0									0									0								0					
7		X			1			1				2	4	1				1				2									0								0					
8	X										1	1	2									0								1	1								1					
9	X				1			1				2	4	1								1						1			2								2					1 59 años
10		X											0									0									0								0					1 59 años
11		X											0									0									0								0					
12		X			1			1			2		4	1				1		2		4									0								0					1 59 años
13		X											0									0					1		1		2								0	2				1 59 años
14			X										0									0									0								0					Casa Cerrada
15	X									1		1	2								1	1									0								0					
16	X					1	1			1			3		1	1			1			3									0								0					
17	X						2			1	2		5							1		1			2		1				3								3					1 59 años
18	X				1	1	1			1		1	4	1	1	1			1			4							1		1								1					1 59 años
19		X									1		1							1		1									0								0					2 59 años
20	X					1	1			1	1		4		1	1						2							1	1	2								2					
21		X											0									0									0								0					Casa Cerrada
22	X					1	2				1		4							1		1					2				3								3					APROXIMADAMENTE 3 CASAS
23	X										1		1							2		2									0								0					
24	X										1	1	2									0									0								0					Casa Cerrada
25		X										1	1									0									0								0	1				2 59 años
26	X				2		2				1	1	6	2		2						4							1	1	2								2					
27	X										1		1									0									1								1					
TOTALES																																												

Miembros del equipo que ejecuta el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (Entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuartoinquilinato, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y autorizar vacunación en caso de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujeto de la vacunación elegible sin carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Casa cerrada: Viviendas visitadas 3 veces en diferentes momentos (diferentes días y horas) sin encontrar a nadie.
Ausente: Adultos (padres) responsables al momento o horas de la visita) trabajan, mandados de la casa, trabajadoras de hogar, no viven en la vereda, etc)
Rechazo E/C asistir al colegio: Cuando el padre/madre no quiere vacunar.
Rechazo E/C a la familia: Cuando los miembros de la familia no aprueban el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Documento: SD-1
Elaborado por: PAI – MSPS

Salud

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)–BARRIDO DOCUMENTO

Fecha de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: U.S.R. **MUNICIPIO:** Cajamarca **LOCALIDAD / COMUNA:** _____ **BARRIO:** _____

UNIDAD OPERATIVA: Grupo 01 **FECHA:** 19-11-2024

Cuerpo del instrumento:

MANZANA O CAS.	Viviendas visitadas: Efectivas (E)	Viviendas visitadas: no efectivas (NE)	Viviendas no visitadas: Fallidas (F)	Viviendas no visitadas: Otras razones	Total de personas susceptibles (elegibles) para vacunar en el barrido: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Total de personas vacunadas en el barrido: 1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Total de personas vacunadas en el barrido según grupos de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Total de pérdidas: Ausente o rehusó el barrido según grupos de edad: 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Causa de pérdida: Ausente: Cantidad de niños	Ausente: Rehusó	Ausente: Padres no dan razón de salud	Ausente: Padres no se hallaban	Ausente: Otras	Observaciones: (Si necesario un niño que refiere que ya está vacunado tiene los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb)
1		X																																		casa abandonada
2		X																																			casa abandonada
3		X									1	1						1	1																		1-4 años
4		X								1		1					1		1																		1-4 años
5	X				1						2	3	1					1	2								2	2									
6		X																																			1-4 años
7		X																																		2-4 años
8	X							1		1	2					1	1								1	1											
9	X									1	1														1	1											
10		X																																			casa abandonada
11		X																																			casa abandonada
12		X																																			casa abandonada
13	X					1	1			2		4		1			1		1			1			1			2		1						
14		X					1	2		1		4			1	2		1	4																		
15		X																																			casa abandonada
16	X					2	2			1	1	6		1	1				2				1	1	1		2			1	1	4					
17	X						2				1	3													1	3		2			1	3					
18		X																																			casa abandonada
19		X																																			1-4 años
20	X					1	2			1		4										1	2			1		4									2-4 años
21	X							1			1	2						1	1					1		1						1					
22																																					
23																																					
24																																					
25																																					
26																																					
27																																					
28																																					
29																																					
30																																					
31																																					
TOTALES	6	13	0	0	1	4	8	3	1	6	7	30	1	2	1	2	1	2	9	18	0	1	2	1	0	4	7	20	0	0	6	0	1	0	5	4	16	2	

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto cuando es una pensión)

- **VIVIENDA EFECTIVA:** (E) Vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación cuando de ser necesario.
- **VIVIENDA NO EFECTIVA (NE):** 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde se viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda deshabitada
- **VIVIENDA FALLIDA (F):** 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información o renuente a la vacunación, 2. vivienda cerrada.
- **CASA RENUENTE:** Donde hay al menos un niño/ adolescente sujetos de la vacunación elegible con riesgo de vacunación y un adulto es renuente a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

- **Contraindicación médica:** Ninguna indicación relacionada con la salud del niño y/o niñas y/o menor.
- **Renuencia:** Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: Prácticas, creencias de la zona, inadecuadas de palabra, no confían en la vacuna, etc)
- **Factores relacionados al servicio de salud:** Cuando el personal de salud no lleva suficiente vacuna.
- **Factores relacionados a la familia:** Cuando los responsables de la familia no estuvieron al día de la vacunación (viajes, salida a otros municipios, etc)
- **Otras:** Diferentes razones que se ocasionan en las anteriores opciones

Instrumento SD-1
Elaborado por: PAI – MSPS

Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Salud

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: H.S.R MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: V- Nueva esperanza BARRIO:

UNIDAD OPERATIVA: FECHA: 20-11-2024

Cuerpo del instrumento:

MANZANA o CASA	CONDICIÓN DE VIVIENDA				Total de personas susceptibles para vacunación (según grupos de edad)								Total de personas vacunadas previamente (antes del barrido) (según grupos de edad)								Total de personas vacunadas durante el barrido (según grupos de edad)								Total de personas vacunadas durante el barrido (según grupos de edad)								Total de personas no vacunadas en el barrido por (según grupos de edad)					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Factores R/C percepción de salud	Factores R/C lo sanitario	Otros	El encuentra un n... que refiere que ya está vacunado como los niños de identificación de la madre y el niño para hacerlo en mayores
1	X						1				1	2			1			1		1					1			1						1	1					1459 días
2	X				1	1		1		1		4	1	1				1		3				1				1						1	1					
3		X																																					casa abandonada
4		X																																					casa abandonada
5		X																																					casa abandonada
6		X																																					casa abandonada
7		X																																					1-59 años
8	X				2			1	1			4	1							1	1			1	1			3	1			1	1		3					
9		X																																					1-59 años
10		X																																					casa abandonada
11		X																																					2-59 años
12		X																																					1-59 años
13		X																																					1-59 años
14		X																																					1-59 años
15				X	1		1		2			4	1				1			2			1		1			2							2					Inconvenientes
16		X																																					1-59 años
17		X																																					1-59 años
18		X																																					casa abandonada
19	X					1	1	1		2		5		1				2		3		1	1				2		1			1		1					1-59 años
20		X																																					casa abandonada
21		X																																					1-59 años
22				X					1			1													1			2							2					1-59 años
23	X								1			1													1			1					1		1					
24																																								
25																																							
26																																							
27																																							
28																																							
29																																							
30																																							
TOTALES	5	16	0	1	4	2	3	3	3	6	1	22	3	2	1	0	1	3	0	10	1	1	0	2	3	2	3	1	10	3	0	1	2	1	1	1	7		2				

Nombres del equipo que ejecuta el barrido	
CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (cuando cada vivienda sea una casa, es departamento, es cuarto, entonces...)	VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y aceptará vacunación aunque no sea necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y aceptará la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: cuando hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible por normal de vacunación y un adulto se niega a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO	Contraindicación médica: Son todas aquellas indicaciones médicas señaladas en el cartel público / privado.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al ambiente cultural en la población, inseguridad, creencias de la casa, inconformidad del usuario, no confían en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no lleva suficientes vacunas
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no participan en el día de la vacunación (viajan, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Circunstancias ajenas que no encajan en las anteriores opciones

Instrumento B2-1
Elaborado por: PAI - MRPB

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de COYAIMA — Salud

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: grupo #1 MUNICIPIO: Coyaima, LOCALIDAD / COMUNA: 1 BARRIO: VII Nueva Esperanza
UNIDAD OPERATIVA: Hospital San Roque Coyaima FECHA: 22-11-24

Cuerpo del instrumento:

Manzana o CR	Casa visitada en la manzana				Total de niños y niñas menores de cinco años (0 a 59 meses)								Total de niños y niñas menores de cinco años (0 a 59 meses) vacunados en la manzana								Total de niños y niñas menores de cinco años (0 a 59 meses) con barrido en la manzana								Total de niños y niñas menores de cinco años (0 a 59 meses) vacunados en barrido								Barrido negativo en la manzana					Otros hallazgos
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 años	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Renuente	Fallecido (a) antes de recibir la vacuna	Fallecido (a) en la familia	Otros	
1	1							15		1		16				6				6				9		1		10				9		1		10						Cerrado
2		1																																						Abandonado
3		1																																						4
4		1																																						3/59 años
5		1		1				1	1		1	3																								3				2/59 años
6		1																																						1/59 meses 4 m
7		1						1			1	2																												Arquitecto
8	1					1	3	2			2	8	1	3	2					6						1		1						1		1				2/59 años
9		1																																						Comida
10		1																																						Casa abandonada
11		1																																						Finca
12		1																																						
13	1					1			1	1		3		1				1		2					1			1					1		1					Sin
14	1							1				1													1			1					1		1					
15	1									1		1															2	2					1		1					1/59 meses
16	1							1				1												1				1					1		1					
17	1									1		1																												
18	1									1		1																												
19	1								1			1																												
20	1						1					1																												
21																																								
22																																								
23																																								
24																																								
25																																								
26																																								
27																																								
28																																								
29																																								
30																																								
TOTALES																																								

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (cada vivienda una sola, en departamento, en conjunto cerrado, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA (E): Vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación cuando se así necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda deshabitada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño /adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Creencias: Aquellas creencias personales, religiosas y otras relacionadas con el cuidado médico y vacunas.

Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la vacunación: tradiciones, creencias de la zona, implicaciones de género, no confían en la vacuna, etc)

Fallecimiento relacionados a causales de salud: Cuando el menor(es) de cinco años fue fallecido(a) recien.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no cumplieron el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento 20-2
Elaborado por: PAI - MSPS

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

COYAIMA

Vereda

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: Coyaima. MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: Rural BARRIO: Nueva Esperanza.

UNIDAD OPERATIVA: CSS # 1. FECHA: 23/11/2024

Cuerpo del instrumento:

No. casa	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	Total	Contraindicación médica	Rechazo	Factores rel. al servicio de salud	Factores rel. a la familia	Otros	Si encuentra un niño que refiera que ya está vacunado, tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb.
1	X				1			2				3	1			1				2				1				1			1	1				1					6	RB5M+ [illegible]
2				X					1			1													1			1										1				[illegible]
3	X				2	1	1	2			2	8	1	1		1			2	6			1	1				2			1	1				2						2+59 años + 2 [illegible]
4		X																																								Casa [illegible]
5		X																																								1+59 Años
6		X																																								[illegible] desocupada
7				X							2	2															2	2								0		2				Renuente
8		X																																								2+59 años
9		X																																								1+59 años
10		X																																								1+59 años
11		X					3		1			4			3		1			4																						1+59 años
12		X					1					1			1					1																						2+59 años
13	X										1	1															1	1							1	1						
14	X										1	1															1	1							1	1						
15																																										
16																																										
17																																										
18																																										
19																																										
20																																										
21																																										
22																																										
23																																										
24																																										
25																																										
26																																										
27																																										
28																																										
29																																										
30																																										
TOTALES	38	61	0	5	15	15	21	36	15	23	23	169	14	11	16	17	6	13	5	84	1	1	16	11	8	10	10	81	1	1	15	16	5	15	16	69	0	18	0	0	0	

Miembros del equipo que ejecutan el barrido:

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto ocupado por...)	VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y permitir vacunación en caso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3. vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información o permitir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO	Contraindicación médica: [illegible]
	Rechazo: [illegible]
	Factores relacionados al servicio de salud: [illegible]
	Factores relacionados a la familia: [illegible]
	Otros: [illegible]

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOS. AN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ | AÑO _____

Vereda Nueva Esperanza 18/11/2024

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI (BCG; TRIPLE VIRAL; FIEBRE AMARILLA; PENTAVALENTE + TETANOS Y DIFTERIA)	NO PAI (VHB; HEPATITIS B; HEPATITIS A; VARICELA; DPT ACELULAR; INFLUENZA; TRIPLE VIRAL)	NOMBRE DEL VACUNADOR
		28 27 29 30 31 32 33 34 35 36 37 40 41			
1	18/11/2024	TI 1109845413 · 05/07/2011 · 13 · F · Aguja · Poloche · Briney Lizeth · S · Asmet Salud · C · R · V · Vereda Nueva Esperanza · 324 206 5642 · PAI	X		
2	18/11/2024	CC 93470884 · 06/05/1972 · 51 · M · Aguja · Comaco · eduardo · S · Capital Salud · C · R · V · Vereda nueva Esperanza · 302 421 1513 · PAI	X		
3	18/11/2024	CC 65791287 · 21/07/1983 · 43 · F · Yate · Poloche · Angela · S · Capital Salud · C · R · V · Nueva Esperanza · 302 421 1513 · PAI	X		
4	18/11/2024	CC 1109816283 · 11/03/2013 · 11 · F · Aguja · Poloche · Yenfry Jaddy · S · Asmet Salud · C · R · V · Vereda Nueva Esperanza · 324 206 5642 · PAI	X		
5	18/11/2024	TI 1109845413 · 05/07/2011 · 13 · F · Aguja · Poloche · Briney Lizeth · S · Asmet Salud · C · R · V · Vereda Nueva Esperanza · 324 206 5642 · PAI	X		
6	18/11/2024	CC 83168753 · 16/07/1975 · 49 · M · Pedro · Manrique · Oscar · S · Ajuo Salud · C · R · V · Nueva Esperanza · 324 206 5644 · PAI	X		
7	18/11/2024	CC 65791018 · 15/07/1982 · 42 · F · Aguja · Comaco · luz Dary · S · Capital Salud · C · R · V · nueva Esperanza · 317582 1651 · PAI	X		

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT/DT/T	
HEP "A"	
HEP "B"	

República de Colombia
Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSP. IAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

Nueva Esperanza
CEO # 1.
18/11/2024

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI																NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI							NO PAI									
			BCG	TRIPLE VIRAL	TRIPLE ANIMARIA	ESQUEMA COMPLETO 5	10 FIEBRE			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	INFLUENZA	ANTIRRABICA	TRIPLE VIRAL	
			26	27	28	29	30	31	32	68	85	86	84	25	48	45	
1	18/11/2024	T.I. CC 800820581 — FECHA DE NACIMIENTO 18/07/79 — EDAD 45 — SEXO M — PRIMER APELLIDO Prada — SEGUNDO APELLIDO Botache — NOMBRES Oscar Javier — REGIMEN S — ASEGURADORA Capital Salud — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO 301 573 3266 — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
2	18/11/2024	T.I. TI 1015413828 — FECHA DE NACIMIENTO 06/09/09 — EDAD 17 — SEXO M — PRIMER APELLIDO Malambo — SEGUNDO APELLIDO Madrigal — NOMBRES Andres Camilo — REGIMEN S — ASEGURADORA Mixto Salud — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO 301 [illegible] 6068 — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
3	18/11/2024	T.I. CC 53052402 — FECHA DE NACIMIENTO 23/07/83 — EDAD 47 — SEXO F — PRIMER APELLIDO Malambo — SEGUNDO APELLIDO Madrigal — NOMBRES Virgelina — REGIMEN S — ASEGURADORA Mixto Salud — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO 301 612 8098 — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
4	18/11/24	T.I. CC 93345615 — FECHA DE NACIMIENTO 25/11/77 — EDAD 52 — SEXO M — PRIMER APELLIDO Camacho — SEGUNDO APELLIDO Zabala — NOMBRES Jhon Ferney — REGIMEN S — ASEGURADORA Asmet Salud — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO 324 644 6136 — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
5	18/11/24	T.I. CC 1098643323 — FECHA DE NACIMIENTO 14/10/89 — EDAD 35 — SEXO F — PRIMER APELLIDO Atoca — SEGUNDO APELLIDO Uvalle — NOMBRES Alejandra — REGIMEN S — ASEGURADORA Asmet Salud. — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO 324 644 6136 — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
6	18/11/2024	T.I. CC 65791212 — FECHA DE NACIMIENTO 22/03/82 — EDAD 42 — SEXO F — PRIMER APELLIDO Ducuara — SEGUNDO APELLIDO Poloche — NOMBRES lidia Flor — REGIMEN S — ASEGURADORA Mixto Salud. — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO 300 257 7711 — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
7	18/11/24	T.I. [illegible] 570852 — FECHA DE NACIMIENTO 02/02/72 — EDAD 52 — SEXO F — PRIMER APELLIDO Ducuara — SEGUNDO APELLIDO Poloche — NOMBRES Maria Zafira — REGIMEN S — ASEGURADORA Mixto Salud. — CONDICION DE DISCAPACIDAD Auditiva, Fisica, Visual — MUNICIPIO DE RESIDENCIA C — AREA DE RESIDENCIA R — BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA V — DIRECCION DE RESIDENCIA Nueva Esperanza — TELEFONO no tiene — GRUPO ETNICO — CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — CONDICION DE DISCAPACIDAD — CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) PAI — FICHA PROBABLE DE PARTO			X											
		LOTE																	JEIMY LEYT

11-20
5
21-30
2
31-40
1
41-50
7
51-56
5

1556

REPÚBLICA DE COLOMBIA

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSP. SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 2024

EBS. # 1. Nueva Esperanza.

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA		[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[49] CONDICION DE LA USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI (BCG, TRIPLE VIRAL, FIEBRE AMARILLA, DOBLE ADULTO, INFLUENZA) / NO PAI (VPH, HEPATITIS A, HEPATITIS B, VARICELA, NEUMOCOCO, MENINGOCOCO, DOBLE VIRAL)	NOMBRE DEL VACUNADOR
																25 27 28 29 30 31 32 33 34 35 39 38 40 41	
1	19/11/24		CC	1193071316	08	01	2001	23	M	Oviedo	Copera	Andres	S	Pijao Salud.	discapacidad Fisica	X	
2	18/11/24		TI	1109844241	16	05	2009	15	M	Oviedo	Copera.	Marlon Stiven.	S	Pijao Salud	No refiere	X	
3	18/11/24		CC	93344955	02	04	1968	57 años	M	Liz	Sanchez	luis ariel	Salud total	Salud total		X	
4	18-22-24		C	1.005716339	14	02	2003	22	F	Conde	Ducuara	Yuliana	S.	Pijao salud		A	
5	18/11/24		CC	89005024	07	03	1973	51	M	Coquis	Cobtera.	Fredy	S	Apret Salud		X	
6	18/11/24		TI	1023381363	28	05	2009	15	F	Poloche	Malambo	Andres Adelaida	S	Pijao salud	no refiere	X	
7				*													

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT/DT	
DPT/DT	
DPT/DT	

153

República de Colombia

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSP. SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES ____ | AÑO ____

Grupo 01 - V. Nueva esperanza

IDENTIFICACION DEL VACUNADO — 19-11-2024.

CONSECUTIVO	DIA	(4) TIPO	(5) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (6) DIA	(7) MES	(8) AÑO	(9) EDAD	(10) SEXO	(11) PRIMER APELLIDO	(12) SEGUNDO APELLIDO	(13) NOMBRES	(14) RESIDENTE	(15) ASEGURADORA	(16) CONDICION DE USUARIA
1	19-11-2024	CC	93344861	06	11	1969	55	M	Garcia	Zambrano	Heliodora		Compensar	
2	19-11-2024	CC	53892981	10	05	1984	40	F	cardona	Granada	Lady Johana			
3	19-11-2024	CC	93387588	30	06	1968	56	M	Trejos	Garcia	Luis Alfonso		salud total	
4	19-11-2024	CC	52857474	05	08	1981	43	F	Cortes	Ducuara	Nelly Yovanna		salud total	
5	19-11-2024	RTI	1-109.845-151	10	12	2010	13	F	Trejos	Cortes	Keli Yohana		salud total	
6	19-11-2024	TI	1012353740	27	06	2009	17	M	Trejos	Cortes	Luis Carlos		salud total	
7	14-11-2024	TI	1074529557	24	10	2011	13	F	Soto	Arias	Heydy Lorena		nueva eps	

CONSECUTIVO	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO
1		Bogota		NO	NO	NO	PAI	
2		Bogota		NO	NO	NO	PAI	
3	Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	304277 8088	NO	NO	NO	PAI	
4	Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	304277 8088	NO	NO	NO	PAI	
5	Nueva esperanza	Nueva Esperanza	304277 8088	NO	NO	NO	PAI	
6	Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	304277 8088	NO	NO	NO	PAI	
7	Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	300329 2894	NO	NO	NO	PAI	

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

	PAI							NO PAI							
	BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	DOBLE TETANICO	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	ANTIRABICA	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
1			X												Nelly Cacais
2			X												Nelly Cacais
3			X												Nelly Cacais
4			X												Nelly Cacais
5			X												Nelly Cacais
6			X												Nelly Cacais
7			X												Nelly Cacais

LOTE

JERINGA	LOTE
0.5 ML	
0.1 ML	
0.5 ML	

457

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSP. SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

Grupo 01-U. Nueva esperanza

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

19-11-2024

CONSECUTIVO	DIA	(18) TIPO	(19) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) RESIDENCIA	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI BCG	PAI TRIPLE VIRAL	PAI FIEBRE AMARILLA	PAI DPT/DT/TT	PAI INFLUENZA	PAI	PAI	NO PAI VPH	NO PAI HEPATITIS B	NO PAI VARICELA	NO PAI DPT ACELULAR	NO PAI HEPATITIS A	NO PAI TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
															16	27	28	29	30	31	32	33	35	36	38	39	42	43	
1	19-11-2024	CC	93.470.837	30	07	1971	53	M	Cutiva	Lozano	Efren		Pjao salud				X												Nevia Cacais
2	19-11-2024	CC	65.788.636	16	04	1967	57	F	Hernandez	Ovalo	Alba maria		Pjao salud				X												Nevia Cacais
3	19-11-2024	CC	65.781.193	23	08	1967	57	F	Ortiz	Rodriguez	Nubia		Nueva eps				X												Nevia Cacais
4	19-11-2024	CC	93344646	01	12	1968	55	M	Arias	Correa	Luis fernando		Nueva eps				X												Nevia Cacais
5	19-11-2024	CC	41944878	16	11	1979	45	F	Toro	Ortiz	Carolina		sanidad militar				X												Nevia Cacais
6	19-11-2024	TI	1.021.514.305	09	04	2008	16	F	Toro	Toro	Yessica valentina		sanidad militar				X												Nevia Cacais
7	19-11-2024	CC	93345450	09	07	1978	53	M	Ovalo	Castro	Oscar maria		Pjao salud				X												Nevia Cacais

(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(25) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(26) FICHA PROBABLE DE PARTO
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Nueva esperanza	3246604357	Indigena	NO	NO	PAI	
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Nueva esperanza	3246604317	Indigena	NO	NO	PAI	
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Nueva esperanza	3022516979	NO	NO	NO	PAI	
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Nueva esperanza	3013307612	NO	NO	NO	PAI	
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Nueva esperanza	3246366515	Indigena	NO	NO	PAI	
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Esperanza	3246366515	Indigena	NO	NO	PAI	
Coyaima	Rural	Nueva esperanza	Nueva esperanza	3002457711	NO	NO	NO	PAI	

LOTE

JERINGA	LOTE
ESPT 1/2A	
1ml * 10	
2ml * 10	

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPI AN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES ____ | AÑO ____

Grupo 01 - U. Nueva Esperanza

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

19-11-2024

CONSECUTIVO	DIA	[1] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] RESIDENCIA	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE LEGALIDAD	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI BCG	PAI TRIPLE VIRAL	PAI FIEBRE AMARILLA	PAI ESTADO ESTADO T	PAI HEPATITIS	NO PAI VPH	NO PAI HEPATITIS	NO PAI INFLUENZA	NO PAI NEUMOCOCA	NO PAI MENINGOCOCA	NO PAI HEPATITIS A	NO PAI VARICELA	NO PAI TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
				28											26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
1	19-11-2024	CC	51878992	24	07	1966	58	F	Ramirez	Loaiza	Norella		Nueva eps				X												Nelva Cacais
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Coyaima			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: S Nueva Esperanza		[19] TELEFONO: 300329 2894	[20] GRUPO ETNICO: NO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
2	19-11-2024	CC	12241795	22	01	1978	46	M	Rosero	Cordoba	Gian Luigi		Capital Salud				X												Nelva Cacais
X		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 1063291934 Bogota	[16] AREA DE RESIDENCIA: Urbana	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Bogota			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: Bogota		[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO: NO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
3	19-11-2024	CC	1063291934	23	06	1998	34		Argel	Polo	Dierfi Alonso		Compensar				X												Nelva Cacais
X		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Guamo	[16] AREA DE RESIDENCIA: Urbana	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA:			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: Guamo		[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO: NO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
4	19-11-2024	TI	1.023.386.050	27	09	2009	15	F	Garavito	Cacais	Leslie Stefany		Sanidad Militar				X												Nelva Cacais
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza		[19] TELEFONO: 320993 4592	[20] GRUPO ETNICO: NO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
5	19-11-2024	CC	65791364	05	08	1965	41	F	Cacais	Cortes	Maria del pilar		Sanidad Militar				X												Nelva Cacais
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva esperanza			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: Nueva esperanza		[19] TELEFONO: 320993 4592	[20] GRUPO ETNICO: NO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
6	19-11-2024	TI	1024.504.768	31	05	2006	16	F	Garavito	Cacais	Danna valentina		Sanidad Militar				X												Nelva Cacais
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza		[19] TELEFONO: 320993 4592	[20] GRUPO ETNICO: NO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): PAI		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												
7		[1] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] RESIDENCIA	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE LEGALIDAD															
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA		[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO												

LOTE

JERINGA	LOTE
DAT 1 DX	
DAT 1 DX	
DAT 1 DX	

450

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO L... O DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

Grupo 01 - V. NUEVO esperanza

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

20-11-2024

CONSECUTIVO	DIA	[1] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE LOCALIZACION	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI [25] BCG	[27] TRIPLE VIRAL	[28] PENTA (DPT/HB/HIB)	[29] POLIO (DPT)	[30] INFLUENZA	[31]	[32]	[33]	NO PAI [34] VPH	[35] HEPATITIS A	[36] HEPATITIS B	[38] VARICELA	[39]	[40] ANTIRRABICA	[41] TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	20-11-2024	CC	65.797.697	12	09	1966	55	F	ortiz	roloche	Ana Maria		Asmet salud				X													Diego Cruz
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA			[18] DIRECCION DE RESIDENCIA		[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)		[25] FECHA PROBABLE DE PARTO														
		Coyaima	Rural	Nueva esperanza			Nueva Esperanza		316156 1599	NO	NO	NO			PAS														
2	20-11-2024	CC	1007363507	11	11	1997	27	F	Yate	Guanizo	Kelly Johanna		Pyao salud				X													Diego Cruz
		Coyaima	Rural	Nueva esperanza			Nueva Esperanza		30223 56643	Indigena	NO	NO			PAS															
3	20-11-2024	CC	1007375387	12	06	1984	34	M	Guanizo	Lozano	Jose Alirado		Suiza				X													Diego Cruz
		Coyaima	Rural	Nueva esperanza			Nueva esperanza		32291 47	Indigena	NO	NO			PAS															
4	20-11-2024	CC	93445918	06	04	1985	39	M	vidal	vargas	Gabriel Antonio		Asmet salud				X													Diego Cruz
X		Coyaima					Coyaima		313014225	NO	NO	NO			PAS															
5	20-11-2024	CC	1006069400	17	02	2003	21	F	viuche	Agudo	Adela Yulitza		Pyao salud				X													Diego Cruz
		Coyaima	Rural	Nueva esperanza			Nueva Esperanza		3003789505	NO	NO	NO			PAS															
6	20-11-2024	RC	1011265190	19	04	2023	1	F	Guanizo	Viuche	Katheryan Sofia		Sura				X													Diego Cruz
		Coyaima	Rural	Nueva esperanza			Nueva esperanza		3003789505	NO	NO	NO			PAS															
7	20-11-2024	CC	93.498.309	28	01	1952	42	M	Viuche	Burache	Rafael Antonio		sanidad militar				X													Diego Cruz
		Coyaima	Rural	Nueva esperanza			Nueva esperanza		320324 1471	Indigena	NO	NO			PAS															

LOTE

BIOLOGICO	LOTE
ESAVI PAI	
ESAVI PAI	
ESAVI PAI	

0-5 1
6-10 1
11-20 2
21-30 2
31-40 2
41-50 1
51-59 1
60 y + 1

X 33

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES _____ AÑO ____

Grupo 01 - V. Nueva esperanza — IDENTIFICACION DEL VACUNADO — 20-11-2024

CONSECUTIVO	DIA	(1) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI (BCG, TRIPLE VIRAL, FIEBRE AMARILLA, TRIPLE BACTERIANA, INFLUENZA, TRIPLE VIRAL) / NO PAI (VPH, HEPATITIS, MENINGITIS, VARICELA, NEUMOCOCO, ROTAVIRUS, TRIPLE VIRAL)	NOMBRE DEL VACUNADOR
				26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
1	20-11-2024	TI	1011 214500	01	11	2011	13	M	Arias	Rayado	Edie		Nueva EPS							Diego Cruz
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(16) AREA DE RESIDENCIA: Rural Nueva	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva esperanza	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA: Nueva esperanza	(19) TELEFONO: 300 269 2894	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO: DD/MM/AA									
2	20-11-2024	TI	1.092.104.679	13	12	2010	13	F	Guainas	Cala	Maddy Juliath									Diego Cruz
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(16) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva esperanza	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA: Nueva esperanza	(19) TELEFONO: 316622 8347	(20) GRUPO ETNICO: Indigena	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAT									
3	20-11-2024	TI	1186.220.915	03	07	204	10	F	Vega	Cacais	Michal Kanno		Salud total							Diego Cruz
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	(16) AREA DE RESIDENCIA: Rural	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva esperanza	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA: Nueva esperanza	(19) TELEFONO: 320 993 4592	(20) GRUPO ETNICO: NO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: NO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAT									
4		(1) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA							
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO									
5		(1) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA							
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO									
6		(1) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA							
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO									
7		(1) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA							
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Modelo: x.x@xx.xx)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO									
TOTAL																				

434

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO D O DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

22/11/2024 grupo #1

IDENTIFICACION DEL VACUNADO nueva esperanza

CONSECUTIVO	DIA	T.Id	NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A)	EDAD	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	REGIMEN	ASEGURADORA	CONDICION DE VULNERABILIDAD	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	AREA DE RESIDENCIA	BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	DIRECCION DE RESIDENCIA	TELEFONO	GRUPO ETNICO	CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	CONDICION DE DISCAPACIDAD	CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	TELEFONO (Madre o Cuidador)	FECHA PROBABLE DE PARTO
1		CC	1116912237	19/02/2004	20	M	Alonso	Covaleda	Cristian	C	Sanidad militar		Coyaima	Rural	Vereda nueva esperanza	nueva esperanza							PAI
2		CC	1010168702	17/09/2004	20	M	Aguilar	de la Hoz	Yuber alexander	C	Sanidad militar		Coyaima	Rural	Vereda nueva esperanza	nueva esperanza							PAI
3		CC	1004282059	20/03/2003	21	M	Agamez	Cudriz	Andres felipe	C	Sanidad militar		Coyaima	Rural	Vereda nueva esperanza	nueva esperanza							PAI
4		CC	65789097	05/05/1971	53	F	Vioche	Cupitra	Sutura	S	Pijao		Coyaima	Rural	Vereda Nueva Esperanza	Nueva Esperanza		Espinal					PAI
5		TI	1109843818	22/05/2008	16	M	Arroyo	Vioche	Jonny Sebastian	S	Pijao		Coyaima	Rural	Vereda Nueva Esperanza	Nueva Esperanza		Espinal					PAI
6		CC	1109842115	24/05/1988	36	F	Ortiz	Quintero	Diana Paola	S	Pijao		Coyaima	Rural	Vereda Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	—	Embera					PAI
7			1006069422	4/10/2003	21	F	Quintero	Bucuru	Martha Lucia	S	Pijao		Coyaima	Rural	Vereda Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	—	—	—				PAI

CONSECUTIVO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI — PAI: SEXO	TRIPLE VIRAL	INFLUENZA ESTACIONAL	FIEBRE AMARILLA	VPH			NO PAI: VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	MENINGOCOCO	ANTIRRABICA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
1			X												
2			X												
3			X												
4			X												
5			X												
6			X												
7			X												

LOTE

JERINGA	LOTE
0.5 ml	
0.5 ml	
0.5 ml	

11-20 7.

21-30 5

31-40 4

41-50 3

51-54 1

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO ...O DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

22/11/2024 grupo #1

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	[1] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TETANOS DIFTERIA T	INFLUENZA	NO PAI: VPH	ESTAFILOCOCO A	ESTAFILOCOCO B	VARICELA	NEUMOCOCO	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	1	RC	1793063905	24	07	2006	24	M	ACEVEDO	Gasca	Arlinson	sanidad militar	C					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	
2	1	RC	1176913957	4	12	2004	19	M	Agudelo	castro	JonaThan stiven	sanidad militar	C					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	
3	1	CC	1727446187	15	04	2004	20	M	Aguilar	urapari	Jose Golmer	C	sanidad militar					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	
4	1	CC	97355227	12	10	1983	41	M	Villamizar	Jimenez	William	C	sanidad militar					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	
5	1	CC	1095458302	8	07	1988	36	M	Balaguera	Cardenas	Adelmo	C	sanidad militar					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	
6	1	CC	1002957857	05	01	21	2003	M	Alban	Cabrera	Kelvin mauricio	C	sanidad militar					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	
7	1	CC	1034777770	21	12	2004	19	M	Agudelo	Reyes	nicolas	C	sanidad militar					X										
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima	[16] AREA DE RESIDENCIA: Rural	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: vereda nueva esperanza	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA: nueva esperanza	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)																	

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT 5 IPV	
DPT TdR	
DPT TdR	

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

REGISTRO D O DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

22.11.24 Grupo #1

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DIA	(1) T.Id	(2) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (3) DIA	(4) MES	(5) AÑO	(6) EDAD	(7) SEXO	(8) PRIMER APELLIDO	(9) SEGUNDO APELLIDO	(11) NOMBRES	(12) REGIMEN	(13) ASEGURADORA	(14) CONDICION DE GESTANTE	(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(16) AREA DE RESIDENCIA	(17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(18) DIRECCION DE RESIDENCIA	(19) TELEFONO	(20) GRUPO ETNICO	(21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(22) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO
1	1	CC	1049670550	24	12	73	50	M	Suarez	Alape	Orlando	S	Nueva EPS		Coyaima	Rural	Vda San Miguel	San Miguel						PAI
2	2	TI	25642741	10	01	94	30	F	Oliveros	Perez	Candida Rosa	S	NUEVA EPS		Coyaima	Rural	Vda San Miguel	San Miguel						PAI
3	3	CC	1109843547	22	02	90	34	M	Cuellar	—	Victor Alfonso	S	Capital S		Coyaima	Rural	Vda Nueva Esperanza	Nueva Esperanza						PAI
4	4	CC	93478289	08	08	82	41	M	Roche	Alape	Waldinson	S	Famisanar		Coyaima	Rural	San Miguel	San Miguel						PAI
5	5	CC	93447784	12	06	84	40	M	Baloche	Rojas	Ivan Arley	S	Nueva EPS		Coyaima	Rural	Vda San Miguel	San Miguel						PAI
6	6	TI	1105845700	21	01	11	13	M	Yate	Ibague	Johnson David	S	NUEVA EPS		Coyaima	Rural	Nueva Esperanza	Nueva Esperanza						PAI
7	7																							

ESQUEMA DE VACUNACION PAI																NOMBRE DEL VACUNADOR
PAI							NO PAI									
SEXO	TRIPLE VIRAL	ITERO (VARICELA)	FIEBRE AMARILLA	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	[illegible]	[illegible]	TRIPLE VIRAL	
(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(39)	(39)	(39)	(39)	(39)	(40)	(41)	
		X												
		X												
		X												
		X												
		X												
		X												

LOTE

JERINGA	LOTE
DOSIS 0.5ML	
DOSIS 0.5ML	
DOSIS 0.5ML	

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

Republica de Colombia

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

Hospital San Roque

23/11/2024 Nueva Esperanza.

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI / NO PAI	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	1	(1) TIPO: TI — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1109845082 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 30, (6) MES 09, (7) AÑO 2010 — (8) EDAD: 14 — (9) SEXO: F — (10) PRIMER APELLIDO: Aroca — (11) SEGUNDO APELLIDO: Nuche — (12) NOMBRES: Leidy Alexandra — (13) REGIMEN: S — (14) ASEGURADORA: Asco Salud. — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: C — (17) AREA DE RESIDENCIA: R — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: 3245022536 — (21) GRUPO ETNICO: Cabildo — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	
2	2	(1) TIPO: CC — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1109846614 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 25, (6) MES 12, (7) AÑO 1995 — (8) EDAD: 28 — (9) SEXO: M — (10) PRIMER APELLIDO: Alape — (11) SEGUNDO APELLIDO: Quiñonez — (12) NOMBRES: Jose Emiro — (13) REGIMEN: Contributivo — (14) ASEGURADORA: Sanitas — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (17) AREA DE RESIDENCIA: Rural — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: 3228967361 — (21) GRUPO ETNICO: — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	
3	3	(1) TIPO: CC — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 93345048 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 22, (6) MES 02, (7) AÑO 1979 — (8) EDAD: 45 — (9) SEXO: M — (10) PRIMER APELLIDO: Yate — (11) SEGUNDO APELLIDO: Prada — (12) NOMBRES: Edgar. — (13) REGIMEN: S. — (14) ASEGURADORA: Pijao Salud — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (17) AREA DE RESIDENCIA: rural — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: 3178163544 — (21) GRUPO ETNICO: — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	
4	4	(1) TIPO: CC — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 93477683 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 14, (6) MES 06, (7) AÑO 1965 — (8) EDAD: 59 — (9) SEXO: M — (10) PRIMER APELLIDO: CUPITRA — (11) SEGUNDO APELLIDO: CUPITRA — (12) NOMBRES: wilson — (13) REGIMEN: S. — (14) ASEGURADORA: ASMET SALUD — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (17) AREA DE RESIDENCIA: rural — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: Nueva Esperanza. — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: No Tiene — (21) GRUPO ETNICO: — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	
5	5	(1) TIPO: CC — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1053092402 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 01, (6) MES 12, (7) AÑO 1993 — (8) EDAD: 30 — (9) SEXO: M — (10) PRIMER APELLIDO: Beltran. — (11) SEGUNDO APELLIDO: Sanchez — (12) NOMBRES: Edwin Enrique — (13) REGIMEN: S. — (14) ASEGURADORA: Salud total — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (17) AREA DE RESIDENCIA: rural — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: San Miguel — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: 3125128045 — (21) GRUPO ETNICO: — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	
6	6	(1) TIPO: CC — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1021518021 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 18, (6) MES 01, (7) AÑO 1991 — (8) EDAD: 32 — (9) SEXO: F — (10) PRIMER APELLIDO: Cubides — (11) SEGUNDO APELLIDO: Santos. — (12) NOMBRES: Maria Clara. — (13) REGIMEN: S. — (14) ASEGURADORA: Salud total — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (17) AREA DE RESIDENCIA: rural — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: San Miguel — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: 3114949868. — (21) GRUPO ETNICO: — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	
7	7	(1) TIPO: TI — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1068.201740 — FECHA DE NACIMIENTO: (5) DIA 21, (6) MES 12, (7) AÑO 2011 — (8) EDAD: 13 — (9) SEXO: F — (10) PRIMER APELLIDO: Tole — (11) SEGUNDO APELLIDO: Marin — (12) NOMBRES: Yeimy Valentina — (13) REGIMEN: — (14) ASEGURADORA: — (15) CONDICION DE USUARIA: — (16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (17) AREA DE RESIDENCIA: Rural — (18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: San Miguel — (19) DIRECCION DE RESIDENCIA: — (20) TELEFONO: 3178061425 — (21) GRUPO ETNICO: — (22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — (23) CONDICION DE DISCAPACIDAD: — (24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI	X	

CBS. #01
23-11-2024

LOTE

JERINGA	LOTE
DOSIS UM	
DOSIS UM	
DOSIS UM	

6-10 1 11-20 3 31-40 1 41-50 1 51-60 2 21-30 2

Ministerio de Salud y Proteccion Socia

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO I IO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 AÑO 2024

23/11/2024 Nueva Esperanza EBS #1

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI							NO PAI							
			BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	T.D MENOR 5 AÑOS Y ADULTO	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	MENINGITIS B	VARICELA	NEUMOCOCO	ROTAVIRUS	TRIPLE VIRAL	
			16	17	18	19	20	21	22	35	36	37	38	39	40	41	
1	1	[6] T.Id: TI [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1029523952 — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 21 [6] MES 03 [7] AÑO 2016 — [9] EDAD: 8 — [8] SEXO: F — [10] PRIMER APELLIDO: ocampo — [11] SEGUNDO APELLIDO: Marín — [12] NOMBRES: Isabella. — [13] REGIMEN: contributivo — [14] ASEGURADORA: Sanidad Militar — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — [16] AREA DE RESIDENCIA: rural — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: San Miguel — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: 3128064295 — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI			X										
	2	[6] T.Id: CC [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: 65587252 — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 29 [6] MES 05 [7] AÑO 1971 — [9] EDAD: 53 — [8] SEXO: F — [10] PRIMER APELLIDO: Yate — [11] SEGUNDO APELLIDO: Alape — [12] NOMBRES: María Sory. — [13] REGIMEN: Subsidiado — [14] ASEGURADORA: Sanitas — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: coyaima — [16] AREA DE RESIDENCIA: rural — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: San Miguel — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: 3023153897 — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI			X										
	3	[6] T.Id: TI [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: 1109845096 — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA 19 [6] MES 09 [7] AÑO 2010 — [9] EDAD: 14 — [8] SEXO: F — [10] PRIMER APELLIDO: Quiñones — [11] SEGUNDO APELLIDO: Yate — [12] NOMBRES: Yiná Biviana — [13] REGIMEN: S. — [14] ASEGURADORA: Ripse Salud — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — [16] AREA DE RESIDENCIA: rural — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: San Miguel — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: 3046344669 — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO: PAI			X										
	4	[6] T.Id: — [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA — [6] MES — [7] AÑO — [9] EDAD: — [8] SEXO: — [10] PRIMER APELLIDO: — [11] SEGUNDO APELLIDO: — [12] NOMBRES: — [13] REGIMEN: — [14] ASEGURADORA: — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: — [16] AREA DE RESIDENCIA: — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO:													
	5	[6] T.Id: — [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA — [6] MES — [7] AÑO — [9] EDAD: — [8] SEXO: — [10] PRIMER APELLIDO: — [11] SEGUNDO APELLIDO: — [12] NOMBRES: — [13] REGIMEN: — [14] ASEGURADORA: — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: — [16] AREA DE RESIDENCIA: — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO:													
	6	[6] T.Id: — [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA — [6] MES — [7] AÑO — [9] EDAD: — [8] SEXO: — [10] PRIMER APELLIDO: — [11] SEGUNDO APELLIDO: — [12] NOMBRES: — [13] REGIMEN: — [14] ASEGURADORA: — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: — [16] AREA DE RESIDENCIA: — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO:													
	7	[6] T.Id: — [8] NUMERO DE IDENTIFICACION: — FECHA DE NACIMIENTO: [5] DIA — [6] MES — [7] AÑO — [9] EDAD: — [8] SEXO: — [10] PRIMER APELLIDO: — [11] SEGUNDO APELLIDO: — [12] NOMBRES: — [13] REGIMEN: — [14] ASEGURADORA: — [24] CONDICION DE USUARIA: — [15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA: — [16] AREA DE RESIDENCIA: — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: — [18] DIRECCION DE RESIDENCIA: — [19] TELEFONO: — [20] GRUPO ETNICO: — [21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO: — [22] CONDICION DE DISCAPACIDAD: — [23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador): — [25] FECHA PROBABLE DE PARTO:													

LOTE

JERINGA	LOTE
DOSIS 0.5ML	
DOSIS 0.5ML	
DOSIS 0.5ML	

EBS #01

Nueva Operación
18/11/2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima — IPS vacunadora: Hospital San Roque — Extramural: CBS #1

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad*	Cargo	(1) Tiene alguna enfermedad grave o de cuidado (Ej. Cáncer, diabetes, VIH, artritis reumatoide, enfermedad del timo, etc.)		(2) Toma algún medicamento inmunosupresor (Ej. Quimioterapia, corticoides, etc.)		(3) Tiene problemas de coagulación (Ej. Hemofilia, trombocitopenia)		(4) Ha presentado reacción alérgica severa a alguna vacuna o medicamento		¿Ha presentado reacción alérgica grave, después de recibir alguna vacuna contra la fiebre amarilla o alimentos o sustancias?		(5) Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 4 meses (ej. Rotavirus, SRP, Varicela, Fiebre amarilla, etc.)		¿Ha recibido transfusión sanguínea o hemoderivados (ej. Inmunoglobulina) o transplante de órganos en los últimos 3 meses?		Contraindicación especial (6)		Firma de los vacunados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	18/11/24	Andres oviedo Cepeda.	CC	1143071316	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Argenis C.
2	18/11/24	Marlon Silvan oviedo Cepeda	TI	1109844241	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Argenis C.
3	18/11/24	Luis Ariel Liz Sanchez	CC	93344955	Salud total		X		X		X		X		X		X		X			Luis Ariel
4	18/11/24	Yuliana Conde Esperanto	CC	1005716339	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Yuliana Conde
5	18/11/24	Fredy Cepeda Cabrera	CC	89005024	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			
6	18/11/24	Andrea Adelaida Poloche Andrade	TI	1023384363	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			
7	18/11/24	Maria Zafira Ducuara Poloche	CC	65790852	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Maria Zafira
8	18/11/24	Francy Nelia Aguja Herrera	CC	52770364	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Francy Nelia Aguja
9	18/11/24	Eduardo Aguja Cuenca	CC	93470884	Capital Salud		X		X		X		X		X		X		X			Angela Yate
10	18/11/24	Angela Yate Poloche	CC	65791287	Capital Salud		X		X		X		X		X		X		X			
11	18/11/24	Yen Fry Jusbleidy Aguja P	TI	1109846283	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			
12	18/11/24	Brisney Lizeth Aguja Poloche	TI	1109845413	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			
13	18/11/24	Oscar peñaloza Manrique	CC	83168753	Apoyo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Oscar Peñaloza
14	18/11/24	Luz Dary Aguja Cuenca	CC	65791018	Capital Salud		X		X		X		X		X		X		X			
15	18/11/24	Oswaldo Javier Poveda Poloche	CC	80082058	Capital Salud		X		X		X		X		X		X		X			

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, RA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, sustancia nociva, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no puede administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticoagulantes.

(3) Tiene problemas de coagulación: púrpura trombocitopénica, leucemia, hemofilia, enfermedad de Gilbert

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, polio, sarampión y parotiditis, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica y lineamiento nacional, en caso de que la mujer este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del encuestador o vacunador: _____

Versión: 04/2024

Nueva Copropuesta
18/11/2024

Salud | Hospital San Roque | Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima. **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** EBS #3
Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Recibe algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene antecedente de trasplante? (3)		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en estos días?		¿Ha presentado reacción alérgica grave, reacción anafiláctica o anafilaxia posterior a la aplicación de alguna vacuna o biológico?		¿Hace menos de 30 días recibió alguna vacuna viva atenuada? (4)		¿Hace menos de 3 meses recibió sangre o productos sanguíneos (plasma, inmunoglobulinas) o anticuerpos monoclonales?		Embarazada	Condición para precaución especial (5)	Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	18/11/24	Andres Camilo Maldonado Melgal	TI	1015413848	Mayo Salud		X		X		X		X		X		X		X			Andres camilo
2	18/11/24	Virgelina Maldonado Melgar	CC	53052402	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			Virgelina Maldonado
3	18/11/24	Jhon Ferney Camacho Zabala	CC	93345615	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X		NO	Jhon CZ
4	18/11/24	Alejandra Arroca Wolfe	CC	1109843323	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X			Alejandra A
5	18/11/24	Lilia Flor Durango Poloche	CC	65791212	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			Lilia Flor
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de identificación: CC = cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.
(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, sarcoidosis reumatoide, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH
(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso sistémico por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirechazo.
(3) Tiene problemas de coagulación/púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?
(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rotavirus, sarampión y rubeola, varicela. (no aplica para Revacunación o no debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), son vacunas contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.
(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización nuestra y lineamiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador/a vacunador:

Versión: 05/2024

Grupo 01 U. Nueva esperanza - 19-11-2024

Salud | Hospital San Roque | Alcaldía Municipal de Coyaima

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** H.S.R **Extramural:** Barrio, vereda, comunidad, otro - especificar

Consecutivo	Fecha COYAIMA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número de identificación	EAPB	(1) Tiene alguna patología asociada a inmunosupresión?		(2) Toma algún medicamento inmunosupresor?		(3) Tiene problemas de coagulación?		(4) Ha presentado alguna reacción alérgica grave después de recibir alguna dosis de vacuna contra fiebre amarilla o sus componentes?		(5) Ha recibido vacuna contra fiebre amarilla en los últimos 10 días?		(6) Ha recibido transfusiones sanguíneas, plasma, hemoderivados o trasplante de órganos en los últimos 6 meses?		Condición para precaución especial (3)	Gestante	Firma de los vacunados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	19-11-24	Efren Cotina Lozano	CC	93.470.837	Pijao salud		X		X		X		X		X		X		X			Efrencotina
2	19-11-24	Alba Mana Hernandez	CC	65.788.636	Pijao salud		X		X		X		X		X		Y					Alba Hernandez
3	19-11-24	Nubia Ortiz Rodriguez	CC	65.787.193	Nueva eps		X		X		X		X		X		Y					Nubia Ortiz
4	19-11-24	Luis Fernando Arcu Cano	CC	93346646	Nueva eps		X		X		X		X		X		X					
5	19-11-24	Carolina Tole Ortiz	CC	41944878	Sanidad militar		Y		Y		X		X		X		X					Carolina Tole
6	19-11-24	Yessica valentina Tole	TI	1021514305	Sanidad militar		X		X		X		X		X		X					Carolina Tole
7	19-11-24	Oscar Mana Oyola Castro	CC	93345450	Pijao salud		X		X		X		X		X		X					Oscar
8	19-11-24	Heliodora Garcia zambano	CC	93344861	Compensar		X		X		X		X		X		X					Heliodora Bogota
9	19-11-24	Lady johana cardona	CC	53892981			X		X		X		X		X		X					Lady Cardona Bogota
10	19-11-24	(933675) Luis Trejos Garcia	CC	93387582	Salud total		Y		Y		Y		Y		Y		X					
11	19-11-24	Nelly Yohanna Cortes O	CC	52853474	Salud total		X		X		Y		X		X		Y					Yohana cortes
12	19-11-24	Kali yohana Trejos Cortes	TI	1.109.845-151	Salud total		X		X		X		X		X		Y					Yohana cortes
13	19-11-24	Luis Carlos Trejos Cortes	TI	1.012.353.790	Salud total		X		X		X		X		Y		X					Yohana cortes
14	19-11-24	Heydy lorena soto Arcu	TI	1094529557	Nueva eps		X		X		X		X		X		X					Noviella Ramirez
15	19-11-24	Noriella Ramirez Lozano	CC	51878492	Nueva eps		X		+		X		X		X		X					Noviella Ramirez

3

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cedula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del lupa, (lectura tiroidismo), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis multiple, Miastenia gravis, nunca del timo o extirpación. La vacuna se podría administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 2 días), corticoterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación: púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert

(4) Vacunas vivas atenuadas que debes verificar: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. Las aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, para la vacuna en caso de embarazo, previa autorización médica y tratamiento rectoral. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunadora:	Versión: 08/2024

Grupo 01-V. Nueva Esperanza 19-11-2024

Salud — E.S.E. San Roque — Alcaldía Municipal de COYAIMA

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: ____________ IPS vacunadora: ____________ Extramural: ____________ (Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar)

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad N°	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1) SI	NO	¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2) SI	NO	Tiene problemas de coagulación (3) SI	NO	¿Ha presentado fiebre/enfermedad aguda en el último mes? SI	NO	¿Ha presentado reacciones alérgicas graves? SI	NO	¿Ha recibido vacunas en los últimos días? (4) SI	NO	¿Ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 3 meses? SI	NO	Gestante	Lactante (Condición para precaución especial (5))	Firma de los encuestados
1	19-11-24	Gian Luigi Romero Cordoba	CC	12241395	Capital salud		X		X		X		X		X		X		X			[illegible]
2	19-11-24	Dierri Alonso Angel polo	CC	1063291934	Com. Pompa		X		X		X		X		X		X		X			Alonso Angel
3	19-11-24	Leslie stefany Garzon	TI	1.023.366.050			X		X		X		X		X		X		X			[illegible]
4	19-11-24	Maria del pilar caceres	CC	65791364			X		X		X		X		X		X		X			[illegible]
5	19-11-24	Danna valentina Garzon	TI	1024.504.768			X		X		X		X		X		X		X			[illegible]
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.
(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. [illegible]
(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.
(3) Tiene problemas de coagulación: púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel, hemofilia, enfermedad de Gilbert?
(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. [illegible]
(5) Condición para precaución especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. [illegible]

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador: ____________

Grupo 01-U Nueva Esperanza - 20-11-2024

Salud | Secretaría de Salud San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima | IPS vacunadora: H.S.R. | Extramural: *

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identidad*	Número Documento de Identidad*	Edad	¿Tiene alguna enfermedad (usuario/a preguntar) (1) SI	NO	¿Ha tenido algún medicamento para inmunosupresión (2) SI	NO	¿Tiene problemas de coagulación? (3) SI	NO	¿Ha presentado reacción alérgica grave a alguna vacuna o componente? SI	NO	¿Le han aplicado alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4) SI	NO	¿Usted recibió tratamiento con corticoides en dosis altas (mayor a 2 mg/kg/día de prednisona) por más de 14 días? SI	NO	Ficha técnica	Lactancia materna (5) Menores de un año para procedimiento especial	Firma de la persona vacunada
1	20-11-24	Ana maria ortiz polocho	CC	65792 697	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X			Ana maria ortiz
2	20-11-24	Kelly Johana yate	CC	1007363507	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			Kelly Johana
3	20-11-24	Jose alfredo Guainaco	CC	1007375387	Sura		X		X		X		X		X		X		X			
4	20-11-24	Gabriel Antonio vidal	CC	93445 918	Asmet salud		X		X		X		X		X		X		X			Gabriel vidal
5	20-11-24	Adela yulitza viuche	CC	1006069400	Sura		X		X		X		X		X		X		X			Adela yulitza viuche
6	20-11-24	Yorhayna sofia Guainaco	RC	1011265190	Sura		X		X		X		X		X		X		X			Adela yulitza viuche
7	20-11-24	Rafael Antonio viuche	CC	93.478.304	Asmet salud		X		X		X		X		X		X		X			Rafael Antonio viuche
8	20-11-24	Cdo Ana Fajardo	TI	1011 214500	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Claudia Ramirez
9	20-11-24	Maddy Julieth Guainaco	TI	1.072.104.679			X		X		X		X		X		X		X			Maddy Julieth
10	20-11-24	Michel Karina vega cacua	TI	1.186-220.915	Salud total		X		X		X		X		X		X		X			Michel Karina vega cacua
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

5

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) **Patologías inmunosupresoras**, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del tiroi, (tiroiditis tiroxinoma), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis multiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna de fiebre amarilla no se debe administrar a pacientes infectados por VIH

(2) **Medicamentos inmunosupresores**: prolongados (que continúe por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) **Tiene problemas de coagulación/sangre**: hemofilia, leucemia, hemorragias en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) **Vacunas vivas atenuadas** que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 3 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) **Condición para procesión especial**, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica e lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador(a) o vacunador(a): _____

Versión: 08/2024

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** Vereda nueva esperanza

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número/Consecutivo de identificación	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Alguna vez ha tenido reacción alérgica grave? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado alergia o reacción adversa a alimentos de origen animal?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea o hemoderivados o medicamentos inmunoglobulinas en los últimos 3 meses?		Edad	Condición para precaución especial (5)	Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	22/11/24	Arlison acevedo goyco	CC	1193063905			X		X		X		X		X		X			Arlison
2	22/11/24	Jonathan Stiven agudelo	CC	1716973957			X		X		X		X		X		X			
3	22/11/24	Jose golmer aguilar dragany	CC	1121446187			X		X		X		X		X		X			
4	22/11/24	William Villamisar Jimenez	CC	91355222			X		X		X		X		X		X			
5	22/11/24	Adelma balaguera cardenas	CC	1095458302			X		X		X		X		X		X			Adelma Balaguera
6	22/11/24	Alban colonia quevin mauricio	CC	1002953857			X		X		X		X		X		X			
7	22/11/24	Adolo reyes nicolas	CC	1034777770			X		X		X		X		X		X			
8	22/11/24	Alonso rosalcod cristian	CC	1176912234			X		X		X		X		X		X			Cristian A.
9	22/11/24	Nuber alexander aguilar delgado	CC	1070768702			X		X		X		X		X		X			Yuba Aguilar
10	22/11/24	Andres felipe gomez cubillos	CC	1004282059			X		X		X		X		X		X			Andres Gomez
11	22/11/24	Silvana sanchez cuesta	CC	65789097			X		X		X		X		X		X			Silvana Sanchez
12	22/11/24	Jhon Sebastian Arce vera	TI	1109845818			X		X		X		X		X		X			Jhon y sebas
13	22/11/24	Diana Paola Ortiz	CC	1105841115			X		X		X		X		X		X			Diana Paola
14	22/11/24	Martha Lucia Olaya Bermudez	CC	1006069431			X		X		X		X		X		X			Martha Lucia Ol
15	22/11/24	Orlando Sierra Mejia	CC	79670550			X		X		X		X		X		X			Orlando Si

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, RA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del lúpus, (incluye trasplantes), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pueden administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (con dosis por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación/púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert)

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rotavirus, sarampión y paperas, varicela. (no aplican simultáneamente y se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), no vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, sólo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador:

Versión: 06/2024

Salud

SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Rafael **Extramural:** Vereda la Carmen

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de Identificación	Número de documento de identidad Nº	Edad	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Recibe algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Ha presentado alguna reacción grave a la aplicación de vacunas? (3)		¿Ha presentado fiebre, dificultad para respirar, reacción alérgica grave, reacción de urticaria o alteración de la conciencia después de aplicarse la vacuna contra la fiebre amarilla?		Actualmente ¿Recibe algún tratamiento con radioterapia o quimioterapia?		¿Ha recibido trasplante, autotrasplante o transfusión de sangre en los últimos 3 meses?		Contraindicación	Condición para precaución especial (5)	Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	27-11-24	Candida Rosa Ramos	CC	25642741			X		X		X		X		X		X			Candida Oliveros
2	27-11-24	Victor Alfonso Cuellar	CC	1109843447			X		X		X		X		X		X			Victor Alfonso C
3	27/11/24	Indiana Rolong Mejia	CC	93438285			X		X		X		X		X		X			INDIANA
4		Juan Aly Rolong R	CC	93445784			X		X		X		X		X		X			JUAN
5		Rolando Ruiz Yate Hernandez	TI	1109845700			X		X		X		X		X		X			PAOLA H.C
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes,VIH positivo, artritis reumatoide,enfermedad del timo. (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades auto-inmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, Lupus del timo o extirpación. La vacuna se puede administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (con emitirse por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación/soporte trombocitopenia, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Willebrand?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben administrarse SCD, polvo, inyección o aparte, varicela (las activas simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, sólo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, sólo se puede vacunar a partir de los 11 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:

Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del vacunador o vacunadora: _____

Versión: 08/2024

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima

IPS vacunadora: Hospital San Roque

Extramural: CBS # 1 - Hospital San Roque

Barrio, vereda, comunidad, otro... especificar

Consecutivo	Fecha (dd/mm/aa)	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación*	Número de documento de identidad*	IPS*	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de vacunación? (3)		¿Ha presentado reacciones adversas graves después de vacunarse contra la fiebre amarilla o alguna vacuna?		¿Ha recibido alguna vacuna con virus vivos atenuados en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido inmunoglobulina y/o hemoderivados en los últimos 3 meses?		Embarazo	Condición para vacunación especial (5)	Firma de la usuaria
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	23/11/24	Leidy Alexandra Rocca Vucha	TI	1109845082	Hosp Salud		X		X		X		X		X		X		X	Leidy ROCA
2	23/11/24	Jose Emiro Nape Gonzalez	CC	1109846619	Salud.	X		X		X			X		X		X		X	Jose Nape
3	23/11/24	Edgar yate prada	CC	93345048	Salud Hosp		X		X		X		X		X		X		X	*Edgar Yate P.
4	23/11/24	Wilson cupitra cupitra	CC	9347 7683	Hospital Salud		X		X		X		X		X		X		X	
5	23/11/24	Eduardo Enrique Bottom Sanchez	CC	1053342082	Salud Hosp		X		X		X		X		X		X		X	- USan Miguel
6	23/11/24	Maria Clara Cupito Cobleles	CC	1024513021	Salud Hosp		X		X		X		X		X		X		X	- USan Miguel
7	23/11/24	Laura Valentina Hernandez	TI	1058201740	Hospital Salud		X		X		X		X		X		X		X	Clara Toles - USan Miguel
8	23/11/24	Isabella Campo Muñoz	TI	1029523952	Hospital Salud		X		X		X		X		X		X		X	Isabella - USan Miguel
9	23/11/24	Yovanni Javier Agudelo Cortes	CC				X		X		X		X		X		X		X	Nose Explica la Vacuna - USan Miguel
10	23/11/24	Yina Bibiana Quintero Yate	TI	1109845096	Hospital Salud		X		X		X		X		X		X		X	Yina Bibiana Q.
11	23/11/24	Maria Sory yate Nape	CC	65587252	Salud Hosp		X		X		X		X		X		X		X	
12																				
13																				
14																				
15																				

8

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide enfermedad del lupus (lupus eritematoso), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se puede administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), citotóxicos, radioterapia, antimetabolitos

(3) Tiene problemas de coagulación/anticoagulantes (warfarina, heparina), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se deben aplicar simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con excepción contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) Condición para vacunación especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica o directrices nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador y vacunador: _____

Versión: 28/2024

18/11/2024
Nueva Esperanza.

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	18/11/24	Alis Luna Herrada	CC	[illegible]	48		Vereda nueva Esperanza	Pijao Salud	Renuente.	[illegible]	[illegible]
2	18/11/24	Yaritza Alejandra Fernández Luna	CC		27		Vereda nueva Esperanza.	Pijao Salud	Renuente	[illegible]	[illegible]
3	18/11/24	Aide Ducuara Chila	CC	65789460	49		Vereda nueva Esperanza	Capital Salud	Renuente	[illegible]	[illegible]
4	18/11/24	Yenn. Alejandra Avendaño Ducuara	CC	1012458147	26		Vereda nueva Esperanza	Capital Salud	Renuente	[illegible]	[illegible]
5	18/11/24	Oscar perdomo Manrique	CC	83168753	50		Vereda nueva Esperanza	Pijao Salud	Renuente.	[illegible]	[illegible]
6	→ se aplica la vacuna										
7	18/11/24	Luz Amparo Cuellar Bolaños	CC	65552560	55		Vereda nueva Esperanza.	Nuevo EPS	Renuente.	[illegible]	[illegible]
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

GRUPO 01 [illegible] 2024

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** H.S.R

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	19-11-24	Julio cesar Tolo corais	CC	93476759	49		V. Nueva esperanza	Caminos de la salud	Creencia		M. Correa H
2	19-11-24	Dayamerth Onaryth Ospina	CC	1006120693	23		V. Nueva esperanza	Pijaos Salud	Creencia	NO FIRMA	M. Correa H
3	19-11-24	NO	NO	79308882	50		V. Nueva esperanza	NO	NO	NO	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Grupo 01 - V. Nueva esperanza - 20-11-2024

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de Coyaima

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** H.S.R.

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	20-11-24	Fredy Eduardo Perez	CC	79632095	50		Nueva esperanza		Creencia	x Fredy Perez	Mª Camila
2	20-11-24	Dennis Yato Bahache	CC	65788915	50		Nueva esperanza	Capital salud	Creencia	x Dennis Yate	Mª Camila
3	20-11-24	Jhonny Stivenson Ramirez	CC	1079531505	25		Nueva esperanza	Nueva EPS	Creencia	x Jhonny Ramirez	Mª Camila
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** _____

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	22-11-24	Ana Delia Arroca	CC	65.787060	57	6m	Nueva Esperanza	Ayuda S.	Cultura	Ana Delia Arroca	COAMPOMO
2	22-11-24	Jose Euer Cupitra Arroca	CC	2.947.350	22		Las Brisas	Ayuda	Cultura	no firma	M3 (DRGO H
3	22-11-24	Carla Andrea Cupitra Arroca	CC	1.078.365.791	20		Nueva Esperanza	Ayuda	Cultura	no firma	M3 (DRGO H
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Vereda Nueva Esperanza. 23/11/24

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque.

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	23/11/24	Fredy Herrado Aguilar	CC.	93478693	40		Vereda Nueva Esperanza.	Pijaosalud	Reniente.	NO firma.	Mª Gonzalez H
2	23/11/24	Nelio Yate Zapata	CC	93470589	50		Vereda Nueva Esperanza	Salud total	Reniente	X [redacted]	Mª Gonzalez H
3	23/11/24	Maria Belen de Leon Muñoz					Vereda Nueva Esperanza		Reniente	X [redacted]	Mª Gonzalez H
4	23/11/24	ERIKA TATIANA HERRERA LOPEZ	CC	1 036549830	35		Vereda San Miguel	Nueva EPS	Reniente	X [redacted]	Mª Gonzalez H
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

ACTA DE CIERRE DE MONITOREO DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA VEREDA ZARAGOZA TAMARINDO

En el municipio de Coyaima, Departamento de Tolima, a los 18 días del mes de noviembre del 2024, se procede a la elaboración del presente Acta de Cierre del Monitoreo de Vacunación contra la fiebre amarilla, con base en la alerta de brote de fiebre amarilla emitida por las autoridades sanitarias competentes.

Objetivo: El presente acto tiene como finalidad documentar el cierre del proceso de monitoreo y evaluación de las actividades de vacunación contra la fiebre amarilla, ejecutado en respuesta a la alerta epidemiológica por brote de fiebre amarilla en la región del Tolima, con el objetivo de garantizar la inmunización de la población en riesgo y controlar la propagación del virus.

Antecedentes: El día 08/09/2024, se notificó al sivigila el primer caso de fiebre amarilla en el Tolima en el municipio de Villarrica posteriormente se presentaron más casos generando una alerta de brote. El Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social emitieron una alerta epidemiológica ante la identificación del aumento de casos en el departamento de Tolima. Dicha alerta conllevó a la implementación de una campaña intensiva de vacunación en las zonas afectadas y aledañas a los casos identificados con el fin de prevenir la expansión de la enfermedad y proteger a la población en riesgo.

3. Actividades Realizadas:

Durante el periodo comprendido entre el 3, 4 y 5 de diciembre se realizaron las siguientes actividades de monitoreo y vacunación:

Revisión de cobertura: Se monitoreó la cobertura de vacunación casa a casa, con dos barridos el primero del 3 al 5 de diciembre.

Campañas de sensibilización: Se realizaron charlas y sensibilización sobre la fiebre amarilla y la importancia de la vacunación.

Vacunación: Se realizaba vacunación cuando se identificaban casos susceptibles de ser vacunados en los siguientes rangos de edad de 1 a 59 años para asegurar el acceso de toda la población objetivo.

Capacitación del personal de salud: Se realizaron capacitaciones para fortalecer el proceso de vacunación y la vigilancia epidemiológica.

4. Resultados del Monitoreo:

Cobertura de vacunación alcanzada:

Se vacunaron un total de 21 personas, identificadas en el área de monitoreo. La cobertura alcanzada fue de un 100% en las zonas de riesgo definidas en el informe preliminar.

3/12/2024: Total de vacunas administradas: 10 dosis

4/12/2024: Total de vacunas administradas: 11 dosis

Total de vacunas administradas: 21 dosis administradas

POBLACION ADULTA MAYOR IDENTIFICADA EN LA VEREDA ZARAGOZA TAMARINDO:

EDAD	TOTAL
60-69	15
70-79	17
80-89	8
90-99	2
TOTAL	**42**

Cumplimiento de metas:

La meta de vacunación definida por el Ministerio de Salud fue alcanzada en un 100%, lo que indica un adecuado cumplimiento de las actividades planeadas.

5. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica:

Casos notificados:

Durante el periodo de monitoreo, no se identificaron casos sospechosos de fiebre amarilla en la región.

INFORME MONITOREO RAPIDO DE VACUNACION VEREDA ZARAGOZA TAMARINDO

VIVIENDAS	NUEMERO	PORCENTAJE
NO DE CASAS EFECTIVAS	24	43%
NO DE CASAS NO EFECTIVAS	32	57%
NO DE CASAS FALLIDAS	0	%
RENUENTES	0	0%
TOTAL		100%

POBLACION SUSCEPTIBLE	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL, DE POBLACION PREVIAMENTE VACUNADA CON FIEBRE AMARILLA	32	60%
TOTAL, DE POBLACION ENCONTRADA NO VACUNADA	21	40%
TOTAL, DE POBLACION VACUANDA DURANTE EL BARRIDO	21	40%
TOTAL, DE POBLACION PENDIENTE POR VACUNAR	0	0%
TOTAL DE POBLACION RENUENTE	0	0%

RESOLUCIÒN 1034 DE 2024

TOTAL DE POBLACION VACUNADA POR RANGO DE EDADES

ZARAGOZA TAMARINDO

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
1 - 5	0	0%
6- 10	0	0%
11 -20	4	19%
21 - 30	1	5%
31 - 40	1	5%
41 - 50	8	38%
51 - 59	7	33%
Renuente	0	0%
TOTAL	21	100%

Del total de vacunados no se encontramos personas renuentes a la vacunación

6. Observaciones y Recomendaciones:

Fortalecer la vigilancia epidemiológica: Se recomienda continuar con la vigilancia activa para detectar posibles casos y prevenir futuros brotes.

Continuar con las estrategias de sensibilización: Es importante seguir promoviendo la educación comunitaria sobre la fiebre amarilla y la vacunación, especialmente en áreas rurales de difícil acceso.

Mantener la capacitación del personal de salud: Asegurar que todo el personal de salud esté capacitado en el manejo de la vacuna y en la identificación temprana de casos.

EQUIPO DE MONITOREO:

MARTHA LETTY ARIAS PENAGOS

LEIDY JINETH POLOCHE

JAIME ANDRES MÉNDEZ

OSCAR TOVAR

LILI CAPERA LOAIZA

YERICA ANDREA CUMACO AGUJA

DORA LUZ CAMACHO YATE

CARENTH JUDITH VERA VILLANUEVA

JOSÉ NOÉ POLOCHE

SILDANA RODRÍGUEZ

SANDRA FLOREZ

JOSE ORLANDO DUCUARA

Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUEMENTADO

Salud

Datos de Identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: ______ MUNICIPIO: COYAIMA LOCALIDAD / COMUNA ______ BARRIO: VEREDA ZARAGOZA TAMARINDO

UNIDAD OPERATIVA: EBS 04 FECHA: 05/12/24

Cuerpo del instrumento:

A.	B.				C. Total de población encontrada según grupos de edad								Total de población vacunada previamente con FIEBRE AMARILLA según grupos de edad								Total de población encontrada NO vacunada según grupos de edad en barrido								Total de población vacunada durante el barrido según grupos de edad								E. Total de población no vacunada en el barrido según motivos					F. Observaciones
VIVIENDA	Efectivas (E)	No efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Rechazo	Faltantes B/C servicio de salud	Faltantes B/C la familia	Otros	Si encuentra un niño que refiere que ya está vacunado tome los datos de identificación de la madre y el niño para buscarlo en PAIweb
1	1					1	1		2			4		1	1		2			4																						
2		1										0																														
3	1				1					1		2	1							1						1		1						1		1						
4	1										1	1								0							1	1							1	1						
5		1										0								0								0								0						
6	1										1	1								0							1	1							1	1						
7		1										0								0								0								0						
8		1										0								0								0								0						
9		1										0								0								0								0						
10		1										0								0								0								0						
11		1										0								0								0								0						
12	1						3			2		5								0			3			2		5			3			2		5						
13	1					1	1					2		1	1					2								0								0						
14		1										0								0								0								0						
15		1										0								0								0								0						
16		1										0								0								0								0						
17		1										0								0								0								0						
18		1										0								0								0								0						
19		1										0								0								0								0						
20		1										0								0								0								0						
21		1										0								0								0								0						
22		1										0								0								0								0						
23		1										0								0								0								0						
24		1										0								0								0								0						
25		1										0								0								0								0						
26	1						2			2		4			1					2						2		2						2		2						
27	1						1		1			2			1					1					1			1					1			1						
28	1					1		1		1		3		1		1				2						1		1						1		1						
29	1					1	1			2		4		1						1			1			2		3			1			2		3						
30	1							1			2	3								0				1			2	3				1			2	3						
31		1										0								0								0								0						
32	1										1	1								0							1	1							1	1						
33		1										0								0								0								0						
34	1										1	1								0							1	1							1	1						
35	1										2	2							2	2								0								0						
36	1					1		2		1	1	5		1		2		1		4							1	1							1	1						
37		1										0								0								0								0						
38		1										0								0								0								0						
39		1										0								0								0								0						
40		1										0								0								0								0						
41		1										0								0								0								0						
42	1							1			2	3				1			2	3								0								0						
43	1								1			1					1			1								0								0						
44	1					1	1		1			3		1	1		1			3								0								0						

45	1										1	1							1	1								0								[illegible]						
46		1										0								0								0								[illegible]						
47		1										0								0								0								[illegible]						
48	1							1				1				1				1								0								[illegible]						
49	1						1					1			1					1								0								[illegible]						
50	1						1					1			1					1								0								[illegible]						
51	1						1					1			1					1								0								[illegible]						
52	1									1		1						1		1								0								[illegible]						
53		1										0								0								0								[illegible]						
54		1										0								0								0								[illegible]						
55		1										0								0								0								[illegible]						
56		1										0								0								0								[illegible]						
TOTALES	24	32	0	0	1	6	13	6	5	10	11	53	1	6	9	5	4	2	9	31	0	0	4	1	1	8	7	21	0	0	4	1	1	8	7	21						
Miembros del equipo que																																										

CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto ocupado	**VIVIENDA EFECTIVA: (E)** vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación encaso de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación. 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE : Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegibles con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	**Contraindicación médica:** Diversas indicaciones médicas señaladas en el nivel público y privado.
	Renuente: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: (religiosas, creencias de la zona, implicaciones de género, las cadenas en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llevo suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no estuvieron el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

Grupo 4 2310031

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E
INSTITUCION

MES _____ AÑO ____

TOUMA
DEPARTAMENTO

COYAIMA
MUNICIPIO

03- 12- 2024

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

	NOMBRE DEL VACUNADOR	PAI						NO PAI						
		BCG	TRIPLE VIRAL	TERCERA DOSIS DPT/DT/TD	TERCERA DOSIS HEPATITIS B			VPH	INFLUENZA	NEUMOCOCO	FIEBRE AMARILLA	MENINGOCOCO	HEPATITIS A	TRIPLE VIRAL
		26	27	28	29	30	31	39	11	36	38	40	41	
1	Cumaco			1+										
2				1+										
3				1+										
4	Yerica			1+										
5				1+										
6				1+										
7														

	DIA	No. IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO)	EDAD	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REGIMEN	ADMINISTRADORA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	AREA DE RESIDENCIA	BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	TELEFONO	GRUPO ETNICO	CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	CONDICION DE DISCAPACIDAD	CORREO ELECTRONICO (Cabecera y Centros poblados)	FECHA PROBABLE DE PARTO
1		7543139	29 / 09 / 65	59	M	Tique	AGUA	Alipio	S	Pijao Salud	Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo		Indigena	NO	NO	NO	
2		93444484	21 / 08 / 79	49	M	Rodriguez	Loaiza	Neoridas	S	Nueva EPS	Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo		Indigena	NO	NO	NO	
3		1105054055	19 / 06 / 87	41	M	Loaiza	Rodriguez	Breveney	S	Nueva EPS						NO	NO	NO	
4		93444968	22 / 03 / 78	46	M	Rodriguez	Loaiza	CIRO	NUEVA EPS		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo		Indigena	NO	NO	NO	
5		93443984	22 / 09 / 72	52	M	Briñez	Polocche	JOSE NEIVO	S	Pijao Salud	Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo		Indigena	NO	NO	NO	
6		1018660528	19 / 12 / 2004	19	M	Guio	Ramirez	HAROLD	S	Familiar	Coyaima	Urbano	Barrio la esperanza		Indigena	NO	NO	NO	
7		93434841	18 / 08 / 76	48	H	Lis	Barreto	Jose Bernardo	S	P Salud	Coyaima	Urbano	Barrio la esperanza		Indigena	NO	NO	NO	

7

Scanned with CamScanner

03-Diciembre-2024

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION — MES ____ AÑO ____

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

N°	Número de identificación	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Régimen	Aseguradora	Municipio de residencia	Área de residencia	Barrio / centro poblado o vereda de residencia	Dirección	Grupo étnico	Condición de desplazamiento	Condición de discapacidad	Comorbilidad	Esquema de vacunación
1	100270027	5 / 07 / 99	25	F	Torres	Torres	Deisy Yanilla	S	N EPS	Coyaima	Urbano	Hospital San Roque		Indígena	NO	NO	NO	H
2	1188964031	06 / 03 / 2009	15	M	Roya	Malambo	Carlos Estiven	S	P Salud	Coyaima	Urbano	Hospital San Roque		Indígena	NO	NO	NO	H
3	1081269279	1 / 04 / 09	15	M	Martinez	Tello	Diego Alexander	S	Pijao Salud	Coyaima	Urbano	Hospital San Roque	Martinez	Indígena	NO	NO	NO	H
4																		
5																		
6																		
7																		

3

Ministerio de Salud y Proteccion Social

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DIAR. E VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | 04 MES | Dici AÑO 2024

Zaragoza Tamarindo

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

Grupo 04

CONSECUTIVO	DIA	(3) T.id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: PAI / NO PAI	NOMBRE VACUNADOR
1	1	CC	65587522	11	12	1931	52	F	Lozano	Gutierrez	Orfilia	Sub	P. Salud	NA PAI	1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					
2	1	CC	1005727088	05	06	2001	23	M	Poloche	Rodriguez	Juan Jose	FFMM	FFMM	NA PAI	1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					
3	1	TI	1115734437	19	04	2010	14	F	Angarita	Tarazona	Yormari	Sub	N. EPS	NA PAI	1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					
4	1	TI	1105058590	19	1	2009	15	M	Tique	Santa	Marcoh Alexis	Sub	N. EPS.	NA	FIV 25/03/24 1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					
5	1	CC	93153067	28	1	1973	52	M	Gomez	Moreno	Ruben Dario	Sub	P. Salud	NA PAI	1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					
6	1	CC	1005726890	6	5	1984	35	F	Rubio	Alape	Vicky	Sub	P. salud	NA PAI	1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					
7	1	CC	1005726340	22	05	1992	32	F	Alape	Briñez	Marisela	Sub	P. salud	NA PAI	1 dosis	Dora
		(25) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(26) AREA DE RESIDENCIA	(27) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(28) DIRECCION DE RESIDENCIA	(29) TELEFONO	(30) GRUPO ETNICO	(31) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(32) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(33) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO					
		Coyaima	Rural	Zaragoza Tamarindo	Zaragoza Tamarindo	NA	NA	NA	NA	NA	NA					

ESQUEMA DE VACUNACION PAI							NO PAI						
BCG	TRIPLE VIRAL	HEPATITIS B	TETANO DIFTERICO	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA		INFLUENZA	TRIPLE VIRAL
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	39	40	41

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Direccion Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima

IPS vacunadora: Hospital San Roque Extramural: Zaragoza tamanindo

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de Identificación *	Número documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en últimos 7 días?		¿Ha presentado reacción alérgica severa (choque anafiláctico, urticaria generalizada, edema laríngeo) a componentes de vacunas?		¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusión sanguínea, hemoderivados o inmunoglobulinas en los últimos 3 meses?		Embarazo	Lactancia	Observaciones
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condición para vacunación especial (5)		
1	04 de Diciembre de 2024	Ofilia lozano	CC	65587527	Salud		X		X		X		X		X		X		X			Ofilia L.
2		Juan José Polache	CC	1005927088	FF MM		X		X		X		X		X		X		X			
3		Yorman Angarita	TI	1115934432	NUEVA EPS		X		X		X		X		X		X		X			
4		Maicon Tique	TI	1105058592	NUEVA EPS		X		X		X		X		X		X		X			Maicon Tique
5		Ruben Gomez	CC	93153067	Salud		X		X		X		X		X		V		X			Ruben
6		Vicky Rubio	CC	1005926810	Salud		Y		Y		X		X		X		X		X			Vicky
7		Mansela Alape	CC	1005726340	Salud		X		X		X		X		X		X		X			Gomez
8		Deiber Loaiza	TI	1105058322	Salud		X		X		X		X		X		X		X			Muñoz
9		Giovany Capera	TI	1105058313	Salud		X		X		X		X		X		X		X			Carmenza
10		Vanesa Dis Vargas	CC	1012390184	Salud		X		X		X		X		X		X		X			Diana Liz
11	04	Paula Andrade	CC	1109844916	Salud		X		X		X		X		X		X		X			Lizeth Pardo
12																						
13																						
14																						
15																						

Verica Andrea Gomez Neira

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del lupus, Úlceras bimaleolares), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se puede administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirreumáticos

(3) Tiene problemas de coagulación/cuenta (trombocitopenia, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. Las orales con rotavirus o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para atención especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización regional o lineamiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

11

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunador:
		Nombre vacunador

Zaragoza Tamarindo
03-12-2024

Grupo 4

Salud | Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima | IPS vacunadora: Teridan C. | Extramural: _____

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha de vacunación DD/MM/AA	Nombres y Apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Régimen de afiliación	1. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedad del timo (miastenia, timoma, timectomía)	2. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del timo, trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas	3. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Insuficiencia renal crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, miastenia gravis, tumor del timo o talasemias	4. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedades hematológicas (linfomas, leucemias, mieloma múltiple, anemias)	5. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedades inmunosupresoras congénitas	6. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Infección por VIH	7. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedades del timo (timoma, timectomía)	8. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, miastenia gravis)	9. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedades del sistema nervioso central (epilepsia, convulsiones, meningitis, encefalitis)	10. ¿Ha presentado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades? Enfermedades del sistema nervioso periférico (síndrome de Guillain Barré)	Nombre de quien aplica la encuesta
1	3-12-2024	Alipio Tique Agüja	P Salud	7543139	P Salud		X		X		X		X		X		X			Alipio Tique
2	3-12-2024	Leonid Rodriguez	NUEVO EPS	93444484			X		X		X		X		X		X			Leonid Rodriguez
3	3-12-2024	Breveneld Lozano	cc	1105054055	NUEVO EPS		X		X		X		X		X		X			Breveneld
4	3-12-2024	Ciro Rodriguez	CC	93444968	N EPS		X		X		X		X		X		X			Ciro Rodrigu
5	3-12-2024	Jose Neiro Bliñez	CC	93443984	P Salud		X		X		X		X		X		X			José Neiro Bliñez R.
6	3-12-2024	Harold Guio R	CC	1078660528	P Salud		X		X		X		X		X		X			Harold Guio
7	3-12-2024	Jose Fernando Lis	CC	93434847	P Salud		X		X		X		X		X		X			Jose Fernando Lis
8	3-12-2024	Deisy Yamile T	CC	1002700271	N EPS		X		X		X		X		X		X			Deisy Yamile Tovar
9	3-12-2024	Carlos Estiven R	TI	1188964037	P Salud		X		X		X		X		X		X			Carlos Estiven
10	3-12-2024	Diego Alexander M	TI	1081261279	P Salud		X		X		X		X		X		X			Diego Alexander
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Yerica Andrea Cerro Co

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, RA = Registro, CE = Cedula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías hematooncológicas, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del timo, (Ver Nota) Insuficiencia renal crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, miastenia gravis, tumor del timo o talasemias. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Hipersensibilidad (anafilaxia o reacciones mediadas por inmunoglobulina E) a componentes, como huevo, gelatina, neomicina, sorbitol, sacarosa, sorbitol, arginina, sulfato de condroitina.

(3) Tiene problemas de coagulación (púrpura trombocitopénica, leucemia hemorrágica, hemofilia, enfermedad de Gilbert)?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben aplicarse: BCG, rubeola, parotiditis y varicela, (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas). Con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador/a responsable: _____

Versión: 08/2024

10

Salud | SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)–BARRIDO DOCUMEN...00

COYAIMA | Salud

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Hospital San Roque MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO: Zaragoza Tamarindo

UNIDAD OPERATIVA: FECHA:

Cuerpo del instrumento:

	Encuentro (E)	No Encuentro (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	Grupos de edad objeto de vacunación rutinaria (según esquema vigente)							TOTAL	Grupos de edad objeto de vacunación con esquema incompleto o no vacunados							TOTAL	Grupos de edad objeto de vacunación con esquema completo							TOTAL	Condición de riesgo	Convenio	Factores relacionados con el servicio de salud	Factores relacionados a la familia	Otros	Observaciones
					1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		1-2 AÑOS	3-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS								
1	1					1	1		2			4		1	1		2			4								0							0						
2		1										0								0								0							0						
3	1				1					1		2	1							1					1			1							1						
4	1										1	1								0						1	1	2							1						
5		1										0								0								0							0						
6	1										1	1								0						1	1	2							1						
7		1										0								0								0							0						
8		1										0								0								0							0						
9		1										0								0								0							0						
10		1										0								0								0							0						
11		1										0								0								0							0						
12	1						3			2		5								0			3			2		5			3			2		5					
13	1					1	1					2		1	1					2								0							0						
14		1										0								0								0							0						
15		1										0								0								0							0						
16		1										0								0								0							0						
17		1										0								0								0							0						
18		1										0								0								0							0						
19		1										0								0								0							0						
20		1										0								0								0							0						
21		1										0								0								0							0						
22		1										0								0								0							0						
23		1										0								0								0							0						
24		1										0								0								0							0						
25	1						2			2		4			2					2						2		2						2		2					
26	1						1		1			2			1			1		2					1			1					1		1					
27	1					1		1		1		3		1		1				2						1		1						1		1					
28	1					1	1			2		4		1						1			1			2		3			1			2		3					
29	1							1			2	3							2	0							2	3						2		3					
TOTALES																																										

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: 31 | 13 | | 18 | 18 | Yeiser Andrea C.A

UNIVERSO DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto alquilado, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y convenir vacunación en caso de ser necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y convenir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Creencias/cultura (religión, sectores institucionales, violencia, autoridades en el área pública o privada).

Relacionados: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: (religiosos, creencias de la zona, limitaciones de género, no confían en la vacuna, etc)

Factores relacionados a la atención de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente carisma.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no autorizaron el día de la vacunación (viajes, salió a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no estén en las anteriores descritas

Instrumento BO-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | HOSPITAL SAN ROQUE | Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO
Gobernación del Tolima | COTALIMA | Salud

Sector de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: HOSPITAL SAN ROQUE MUNICIPIO: COYAIMA LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO: ZARAGOZA TAMARINDO

UNIDAD OPERATIVA: FECHA:

Cuerpo del instrumento:

	A. CATEGORIZACIÓN DE LA VIVIENDA				B. Total dosis de vacunación aplicadas (Esquema completo)								Dosis aplicadas en el barrido								Total dosis aplicadas (Esquema completo)								C. Total dosis aplicadas (Esquema completo)								D. Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Con Rechazo	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-99 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-99 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-99 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-99 AÑOS	TOTAL	Enfermedad crónica	Indígena	Población R/S/I desplazada	Población R/S/I la zona rural	Otros	El encuentra en ella razón que ya está vacunado tiene los datos de identificación de la madre y el niño para barrido en Palmira
1		1										0								0								0								0						
2	1							1				1								0				1				1								1						
3		1										0								0								0								0						
4	1							1				1								0				1				1								1						
5	1							2				2				2				2								0								0						
6	1					1	2		1	1		5		1	2		1			4				1				1								1						
7			1									0								0								0								0						
8			1									0								0								0								0						
9			1									0								0								0								0						
10			1									0								0								0								0						
11			1									0								0								0								0						
12	1						1				2	3			1				2	3								0								0						
13	1								1			1					1			1								0								0						
14	1					1	1		1			3		1	1		1			3								0								0						
15	1							1				1				1				1								0								0						
16		1										0								0								0								0						
17		1										0								0								0								0						
18	1						1					1			1					1								0								0						
19	1					1						1		1						1								0								0						
20	1					1						1		1						1								0								0						
21	1					1						1		1						1								0								0						
22	1									1		1						1		1								0								0						
23		1										0								0								0								0						
24		1										0								0								0								0						
25		1										0								0								0								0						
26																																									
27																																									
28																																									
29																																									
30																																									
TOTALES																																									

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: 22 | 19 | 3 | 3 | Yerica Andrea C.A

CATEGORIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (entiéndase como vivienda una casa, un departamento, un cuarto alquilado, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir vacunación en caso de ser necesario.
VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
CASA SEMILLERO: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con carné de vacunación y un adulto es renuente a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

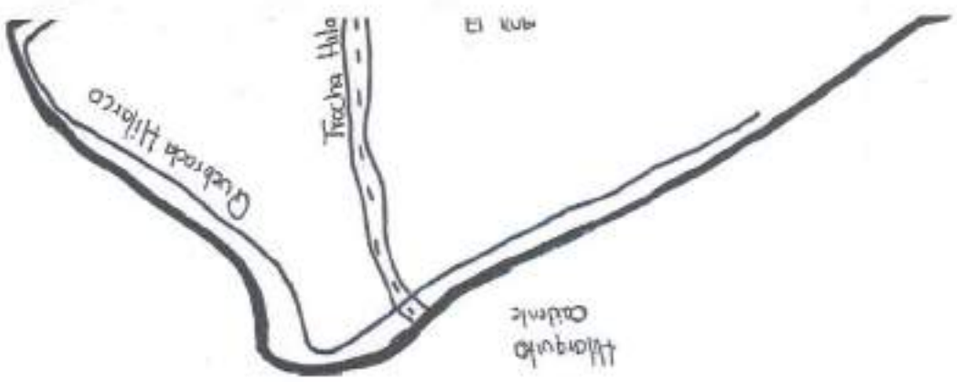
Creencias religiosas o culturales: Creencias religiosas existentes relacionadas en el nivel cultural y religioso
Rechazo: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: Tradiciones, creencias de la zona, inconformidad de padres, no quieren en la vacuna, etc)
Perdemos contacto/ausencia al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene contacto con la familia
Perdemos contacto/ausencia la familia: Cuando los miembros de la familia no entregan el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
Otros: Diferentes razones que no mezclan en las anteriores descritas

Instrumento BO-1
Elaborado por: PAI - MSPS

VIGILADO Supe Salud

VEREDA CHILI

"POR LA SALUD, LO HAREMOS MEJOR"
Calle 4 No. 2-05 Teléfono. (8)227 80 14 - Telefax. (8)22780 34
Cel. 317648 8462-Cel. Urgencia317 6488463
E-mail. hospital@hospitalsanroque-coyaima-tolima.gov.co
Página Web. www.hospitalsanroque-coyaima-tolima.gov.co
COYAIMA – TOLIMA –COLOMBIA



FLORAL CHILI	
COD. FAMILIA	INTEGRANTES
CF 0001	ALBA ANA CONDE BUCURU
CF 0002	JOSE MANUEL BOTACHE SALAZAR NURY JULIET PINTO CARDENAS ALAN EMIR BOTACHE PINTO JORDAN MANUEL BOTACHE PINTO
CF 0003	ILVER CAPERA CUMACO MARIBEL BOTACHE SALAZAR ALEXANDER BOTACHE SALAZAR
CF 0004	GRATINIANA SALAZAR ORTIZ JOSE KEINER BOTACHE SALAZAR
CF 0005	JOSE HURLEY BOTACHE SALAZAR EDNA YOHANA CUPITRA EMILY KARINA BOTACHE CUPITRA
CF 0006	BAUDELINO ORTIZ TOLE LUCELY ORTIZ RODRIGUEZ
CF 0007	LAURA MARIA TACUMA DE CUPITRA
CF 0008	ALVARO CUPITRA TACUMA HEIDY JOHANNA CUPITRA PRADA ASTRID JOHANA CUPITRA CUPITRA ANDRES FELIPE CUPITRA CUPITRA LAURA CUPITRA CUPITRA
CF 0009	DAGOBERTO VIUCHE ORTIZ INGRID KATHERINE VIUCHE TIMOTE SHEYLA YURANI VIUCHE TIMOTE
CF 0010	HERNESTO CUPITRA RODRIGUEZ
CF 0011	FLASMINIA PAMO TIQUE
CF 0012	MARIA ANTONIA TACUMA TIQUE
CF 0013	LUZ MARY BAZURDO GUERRERO CRISTIAN ANDRES ORTIGOZA BAZURDO
CF 0014	WILLIAM ORTIZ RODRIGUEZ
CF 0015	MARTHA CECILIA RODRIGUEZ
CF 0016	LEILA ALAPE BOTACHE ALISSON VALERIA CORTES ALAPE
CF 0017	RODOLFO TIQUE RODRIGUEZ ALICIA TACUMA DE TIQUE JORGE TIQUE TACUMA
CF 0018	MARIO CUPITRA RODRIGUEZ GUILLERMO CUPITRA VIUCHE

CF 0019	HELADIO CUPITRA VIUCHE SANDRA MILENA CONDE AGUJA DIOMEDES CUPITRA CONDE ROSITA ELENA CUPITRA CONDE VANESSA FERNANDA CUPITRA CONDE MARIA TATIANA CUPITRA CONDE
CF 0020	FLORENCIA TIQUE DE CONDE
CF 0021	AMPARO CONDE TIQUE GERMAN VIUCHE CONDE GIOVANY ANDRES CONDE TIQUE MARY LUZ VIUCHE CONDE KATERINE VIUCHE CONDE
CF 0022	CASIMIRO CUPITRA JOSE NELSON CUPITRA COLO JOSE ANTONIO GUARNIZO ALAPE
CF 0023	JOSE ANTONIO GUARNIZO ALAPE
CF 0024	PEDRO MARIA RODRIGUEZ BUSTOS FLORIPES RODRIGUEZ SANTOS
CF 0025	HELIODORO CUPITRA LEYLA MARIA VIUCHE DE CUPITRA
CF 0026	MARIA VICTORIA YACUMA MAGDALENA YACUMA PAOLA ANDREA BUSTOS YACUMA
CF 0027	JOSE ELVER LOAIZA CONSUELO PAMO TIQUE
CF 0028	SATURNINO YARA CUPITRA
CF 0029	ANDRES CHICO CULMA DIGNA RODULFA MALAMBO DE CHICO
CF 0030	VICTORIANO CUPITRA YARA SALLY NATALY LOAIZA PAMO
CF 0031	MAYRA ALEJANDRA ORTIZ QUIMBAYO ERIK SANTIAGO SANCHEZ ORTIZ
CF 0032	FLORALBA TIQUE TIQUE
CF 0033	JHON JAIRO CULMA TIQUE BLANCA DORIS RODRIGUEZ JHON ALEX CULMA RODRIGUEZ
CF 0034	MIGUEL TIQUE MADRIGAL CLELIA MATILDE PINEDA
CF 0035	LORENZA CUPITRA DE TIMOTE
CF 0036	EDUVINA MATOMA
CF 0037	MAGNOLIA YACUMA BRAYAN STIVEN RODRIGUEZ YACUMA

CF 0038	SOLMARA MEDINA PEDROZO
CF 0039	LUZ MARINA CUPITRA
CF 0040	MARINA CONDE TIQUE
CF 0041	GENARO VIUCHE POLOCHE
CF 0042	ANGELA MARIA MARTINEZ POLOCHE FRANCY KATHERINE BOTACHE MARTINEZ
CF 0043	RAMIRO VERU MURCIA
CF 0044	LUZ STELLA DUCUARA AGUIA HENRY ORTIZ DUCUARA
CF 0045	LUIS ALFONSO ORTIZ DUCUARA LUZ MARIA TIQUE CANACUE LUIS FABIAN ORTIZ FONSECA
CF 0046	JAKELINA UMBELINA VIUCHE CACAIS
CF 0047	RICARDO GUARNIZO MARTHA POLOCHE LOAIZA
CF 0048	MARIA BAUTISTA TIQUE DE PAMO
CF 0049	MARIA GERLIS YARA CUPITRA
CF 0050	JOSE VIUCHE ALAPE MARIA LEYLA ORTIZ DE VIUCHE
CF 0051	HERLINDA ORTIZ TOLE
CF 0052	MARIA JOSEFINA MUÑOZ DE MUÑOZ

INFORME VACUNACION FIEBRE AMARILLA

NOMBRE DE LA VEREDA: CHILI

FECHA DE BARRIDO: 22 a 26 DE NOVIEMBRE DE 2024

EBS N° 06

TOTAL, DE POBLACIÓN ENCONTRADA SEGÚN GRUPOS DE EDAD	111
TOTAL, DE CASAS	101
NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS PREVIAMENTE	56
NUMERO DE PERSONAS ENCONTRADAS NO VACUNADAS	55
NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS DURANTE EL BARRIDO	45
CASAS FALLIDAS / CERRADAS	10
CASAS DESHABITADAS	10
CASAS ABANDONADAS	11
CASAS RENUENTES	0
ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS	58
GESTANTES	2

Total de población encontrada según grupos de edad							
1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL
9	12	24	12	18	11	25	111

Total de población vacunada previamente con FIEBRE AMARILLA según grupos de edad							
1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL
9	12	12	4	8	7	4	56

Total de población encontrada NO vacunada según grupos de edad en barrido							
1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL
0	0	12	8	10	4	21	55

Total de población vacunada durante el barrido según grupos de edad							
1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL
0	0	10	7	7	3	18	45

PERSONAS RENUENTES QUE NO SE QUISIERON FIRMAR: 1

BRAYAN ALEXIS RODRIGUEZ

PERSONAS RENUENTES QUE FIRMARON: 3

ANTONIO VIUCHE

OSCAR TOLE

GENARO VIUCHE POLOCHE

PACIENTE ANTICOAGULADO: 1

PACIENTE LACTANTE: 2

GESTANTE: 2

PACIENTE VIAJANDO: 1 LUZ MARIA TIQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: TOLIMA MUNICIPIO: COYAIMA LOCALIDAD / COMUNA: VEREDA: CHILI

UNIDAD OPERATIVA: EBS N° 06 FECHA: DEL 22 AL 26 DE NOVIEMBRE DE 2024

Cuerpo del instrumento:

A.	B.																															C.					D.
	CATEGORÍA DE VULNERABILIDAD				Total de personas vacunadas según rango de edad								Total de personas vacunadas anteriormente con ESQUEMA COMPLETO según grupos de edad								Total de personas vacunadas en la campaña según grupos de edad								Total de personas vacunadas durante el barrido según grupos de edad								Total de personas no vacunadas en el barrido por las siguientes razones					Observaciones
CONTINUAR	Ninguna (X)	No Aplica (NE)	Fallida (F)	Cama rosada	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	TOTAL	Contraindicación médica	Rechazo	Ausentes R/C durante el barrido	Fallidas R/C a la tejedora	Otros	Si la casilla de la columna anterior quedó en blanco, por favor indique la razón por la cual no se vacunó a la persona.
1	X					1				1		2		1						1						1	2	3										
2		X										0								0								0										DESHABITADA
3		X										0								0								0										DESHABITADA
4		X										0								0								0										ZAP
5	X										1	1							1	1								0										
6		X										0								0								0										ZAP
7		X										0								0								0										ZAP
8	X										1	1								0							1	1										LAP
9	X										1	1								0							1	1										LAP
10		X										0								0								0										ABANDONADA
11		X										0								0								0										
12	X								1			1								0						1		1					1					
13		X										0								0								0										LAP
14	X									1	1	2						1		1							1	1										
15	X						1	1	1		1	4			1	1	1			3							1	1										
16	X				1	1	1		1			4	1	1	1					3					1			1								1		LACTANTE
17	X					1			2		1	4		1			1		1	3					1			1					1					LAP
18		X										0								0								0										ESCOLAR
19	X				2	1	1		1			5	2	1	2					5			1		1			2	1									LACTANTE
20		X										0								0								0										ABANDONADA
21		X										0								0								0										LAP
22			X									0								0								0										EMPAPA
23	X						1	2			1	4								0				1	1		1	3		1								LAP
24		X										0								0								0										ABANDONADA
25		X										0								0								0										ZAP
26	X										1	1								0							1	1										LAP
27		X										0								0								0										LAP
28		X										0								0								0										LAP
29	X							2			1	4				2				2				1		1	1	3										LAP
30			X									0								0								0										EMPAPA
31		X										0								0								0										ABANDONADA
32	X										1	1								0							1	1										NIÑO / ABSENTE
33	X				1		1		1		1	4	1							1			1		1		1	3	1										LACTANTE
34		X										0								0								0										DESHABITADA
35		X										0								0								0										ZAP
36	X										1	1							1	1								0										LAP
37		X										0								0								0										ZAP
38	X						1				1	2			1				1	2								0										
39		X										0								0								0										LAP
40		X										0								0								0										LAP
41	X									1		1						1		1								0										
42	X						1		1			2			1					1					1			1										LAP
43		X										0								0								0										DESHABITADA
44		X										0								0								0										ABANDONADA
45		X										0								0								0										LAP

46			X																																							
47		X										0								0								0								0						ABANDONADA
48		X										0								0								0								0						ABANDONADA
49	X				1		1		1		1	4	1				1			2			1				1	2			1				1	2						RESIDENTE VEREDA [illegible]
50		X										0								0								0								0						DESHABITADA
51	X					1			2			3		1			2			3								0								0						
52	X										1	1								0							1	1								0	1					HICIBITE ANTICOAGULADO
53		X										0								0								0								0						1AH ✓
54	X				1	2	1		1		1	6	1	2			1			4			1				1	2			1				1	2						
55			X									0								0								0								0						CERRADA
56	X						1					1			1					1								0								0						1AH ✓
57			X									0								0								0								0						CERRADA
58			X									0								0								0								0						CERRADA
59		X										0								0								0								0						2AH ✓
60	X						1				1	2								0			1				1	2			1				1	2						
61		X										0								0								0								0						1AH ✓
62	X				1	1	1		1		1	5	1	1	1					3					1		1	3					1		1	3						
63			X									0								0								0								0						CERRADA
64	X					1	1		2			4		1	1		2			4								0								0						2AH ✓
65		X										0								0								0								0						DESHABITADA
66			X									0								0								0								0						CERRADA
67		X										0								0								0								0						DESHABITADA
68		X										0								0								0								0						ABANDONADA
69		X										0								0								0								0						ABANDONADA
70		X										0								0								0								0						ABANDONADA
71	X							1				1								0				1				1				1				1						1AH ✓
72		X										0								0								0								0						2AH ✓
73		X										0								0								0								0						DESHABITADA
74			X									0								0								0								0						CERRADA
75	X						1		1			2			1					1					2			2					2			2						
76		X										0								0								0								0						1AH ✓
77			X									0								0								0								0						CERRADA
78		X										0								0								0								0						2AH ✓
79		X										0								0								0								0						2AH ✓
80	X							1				1								0				1				1				1				1						2AH ✓
81	X										1	1								0							1	1								0		1				GENARO VELEZ PERRO RENUENCIA
82		X										0								0								0								0						ABANDONADA
83		X										0								0								0								0						2AH ✓
84	X									1		1						1		1								0								0						
85		X										0								0								0								0						2AH ✓
86	X				1		1	1	1			4	1		1					2			2	1	1			4			2	1	1			4						1AH ✓
87	X										1	1								0							1	1							1	1						2AH ✓
88	X						1	2		1	1	5				1		1		2			1	1			1	3			1	1			1	3						
89		X										0								0								0								0						1AH ✓
90	X										1	1								0							1	1							1	1						
91		X										0								0								0								0						DESHABITADA
92		X										0								0								0								0						1AH ✓
93	X									1		1						1		1								0								0						1AH ✓
94		X										0								0								0								0						RELLENO
95	X						1	1		2		4						2		2			1	1				2			1	1				2						1AH ✓
96	X				1	1	1				1	4	1	1						2			1				1	2							1	1	1					1 DESPARTE
97		X										0								0								0								0						2AH ✓
98		X										0								0								0								0						DESHABITADA
99		X										0								0								0								0						
100	X					2	2			2	1	7		2	1					3			1		2		1	4			1			1	1	3						2AH ✓
101		X										0								0								0								0						2AH ✓
TOTALES	40	51	10	0	9	13	24	12	19	11	25	111	9	12	13	4	8	7	4	33	0	0	13	8	10	4	11	55	0	0	10	7	7	2	18	46	0	1	0	0	0	58 ADULTOS MAYORES

Miembros del equipo que ejecutan el barrido:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA: MARY LILIETH URANA ALZATE; MEDICO GENERAL: JORGE LUIS COSTA; PSICOLOGA: CLAUDIA YESICA DUSAN; ODONTOLOGA: LEIDY RAMOS ZARTA; AUXILIARES DE ENFERMERIA: LUISA FERNANDA OSPINA - LYDIME LOZANO - MARY LUZ PRADA - [illegible] LIZETH CAMARA CHICO; PROMOTORES DE SALUD: JHON JAIRO [illegible] CLAUDIA LOZANO - LEONEL LOPEZ - JOSE ANTONIO ALAPE
CATEGORIAS DE VIVIENDAS VISITADAS (entiendase como vivienda una casa, un [illegible])	VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y autorizar vacunación [illegible]
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información o autorizar la vacunación, 2. vivienda cerrada.

[illegible] acuerdo por qué	**CASO RENUENTE** : Cuando hay al menos un niño / adolescente cuyos de la vacunación adoptó con cierto de vacunarlo y un adulto se rehusaba a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN GARRIDO	**Contraindicación médica:** Diversas indicaciones médicas señaladas de el nivel público y privado
	Personales: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: religiosos, creencias de la zona, explicaciones de género, no confían en la vacuna, etc
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no fleva suficiente stock de
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no acuerdan el día de la vacunación (viajes, salud o otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores descritas

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI – HSPS

Salud | SAN ROQUE | COYAIMA Salud

Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Tolima
MUNICIPIO: Coyaima
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO: CR 1 1
UNIDAD OPERATIVA: ESE 06
FECHA: 22-11-2024

Grupo del instrumento:

MANZANA	CASAS VISITADAS		VIVIENDAS		NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS VACUNADOS EN EL BARRIDO								ADOLESCENTES VACUNADOS EN EL BARRIDO								TOTAL DE PERSONAS VACUNADAS EN EL BARRIDO								CASAS DE LAS QUE NADIE ABRIO LA PUERTA							OBSERVACIONES
	Efectivas (E)	No Efectivas (NE)	Fallidas (F)	Casa Renuente	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	Casa cerrada	Renuente	Fallecido o fuera de la manzana	Otros	El encuentra un niño que refiere que no esta vacunado con los datos de identificación de la madre y acuden para hacerlo en puesto
1	X					1				2		3		1						1					2		2			2						Desplazada
2		X																																	Desplazada
3		X																																	2 AM
4		X																																	
5	X									1	1							1	1																2 AM
6		X																																	2 AM
7		X																							1	1									1 AM
8	X									1	1														1	1			1	1					1 AM
9	X									1	1														1	1									Abandonada
10		X																																	
11		X										1								1						1				1					
12	X							1				1														1									1 AM
13		X																																	
14	X								1	1		2					1			1					1	1			1	1					
15	X						1	1	1	1		4			1	1	1			3					1	1			1	1					Lactante
16	X				1	1	1		1			4	1	1	1					3					1					1					1 AM
17	X					1			2			1	4		1			1		1	3				1					1					Estuga
18		X																																	Lactante,
19	X				2	1	3		1			7	2	1	2					5		1		1			2								Abandonada
20		X																																	1 AM
21		X																																	Cerrada
22			X																			1	2			1	4			1	1			1	3	1 AM
23	X						1	2				1	4																							Abandonada
24		X																																	2 AM
25		X																																	1 AM
26	X									1	1														1	1									1 AM
27		X																																	1 AM
28		X																																	1 AM
29	X							3			1	4				2			2					1		1	2			1	2					1 AM, cerrada
30			X																																	
TOTALES	13	16	2	0	3	4	6	6	6	3	9	25	3	4	4	3	1	2	2	0	0	0	2	3	4	2	7	18	0	0	2	2	2	2	7	16	2	1	0	0	0	18 AM

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (solo aplica para viviendas con casa, en departamento, en cuarto de inquilinato)	VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde habitan niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y acceder a vacunación mismo día que encuentra.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde habitan niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y acceder a vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con cartel de vacunación y un adulto se rehusaba a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO	Contraindicación médica: (mujeres embarazadas, menores de 1 año, personas con enfermedades agudas, etc)
	Desacuerdo: Aquellos factores relacionados al rechazo voluntario de la vacunación (religiosos, ideológicos de la zona, investigaciones de cobertura, no justifica en la vacuna, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los cuidadores no le han llevado en el día de la vacunación (citas, salida a otras actividades, etc)
	Otros: Diferentes razones que no encajan en las anteriores, especificar

Instrumento BB-1
Elaborado por PAI - MSPS

Salud | SAN ROQUE | COYAIMA | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:

ENTIDAD TERRITORIAL: Tolima 6735 06 MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO: Chili

UNIDAD OPERATIVA: FECHA: 22-11-2024

Cuerpo del instrumento:

Nro. de vivienda	Encontrada (E)	No Encontrada (NE)	Fallida (F)	Casa Renuente	Niños y niñas de 1 a 59 meses de edad que residen en la vivienda: 1-2 AÑOS	3-4 AÑOS	5-6 AÑOS	7-8 AÑOS	9-10 AÑOS	11-12 AÑOS	13-14 AÑOS	Total	Niños y niñas de 1 a 14 años de edad que residen en la vivienda: 1-2 AÑOS	3-4 AÑOS	5-6 AÑOS	7-8 AÑOS	9-10 AÑOS	11-12 AÑOS	13-14 AÑOS	Total	Adultos de 18 a 60 años de edad que residen en la vivienda: 18-20 AÑOS	21-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS	56-60 AÑOS	Total	Adultos de 61 años y más de edad que residen en la vivienda: 61-65 AÑOS	66-70 AÑOS	71-75 AÑOS	76-80 AÑOS	81-85 AÑOS	86-90 AÑOS	91-95 AÑOS	96-100 AÑOS	Más de 100 AÑOS	Total	Gestantes identificadas	Menores de 1 año	Fallecidos en el periodo de salida	Fallecidos de la muestra	Otros	Observaciones
1		X																											2	2													1	1		1				Abandonada
2	X												3	2																											1	2	1					Gestante desplazada
3	X				1		1			1			1	4	1						1			1		1			1	3											1	2	1					2 AM
4		X																																												1 AM
5		X																																												
6	X												1	1																																	
7							1																																						
8																																													
9																																													
10																																													
11																																													
12																																													
13																																													
14																																													
15																																													
16																																													
17																																													
18																																													
19																																													
20																																													
21																																													
22																																													
23																																													
24																																													
25																																													
26																																													
27																																													
28																																													
29																																													
30																																													
TOTALES	3	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	4	7	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	3	5	0	0	0	0	1	0	2	3	1	1	0	0	0		3 AM

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____ _____

CLASIFICACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (señalar con una X, en el casillero correspondiente)

VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños menores de 5 años y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación cuando sea necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños menores de 5 años y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños menores y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible sin control de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Condición de salud: Niños con condiciones médicas especiales en el nivel básico y 3 nivel.

Rechazo: Aquellos factores relacionados al contexto cultural de la población: creencias, creencias de la secta, inconformidad de valores, no cumplen con la vacuna, etc.

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente vacuna.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no encuentran el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)

Otros: Diferentes razones que no encajan en los anteriores descritos

Instrumento SS-1
Elaborado por: PAI – MSPS

Salud | SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA | COYAIMA | Salud

Nombre de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Tolima
MUNICIPIO: Coyaima
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO: Chili
UNIDAD OPERATIVA: ESE 06
FECHA: 23-11-2024

Campo del instrumento:

	Vivienda (X)	No Vivienda (NV)	Fallida (F)	Otro (cuales)	Niños vacunados en barrido (Dosis aplicadas) 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	Niños vacunados en rutina (Dosis aplicadas) 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	Niños no vacunados (Dosis pendientes) 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	Niños con esquema completo para la edad 1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	Observaciones
1		X																														2 AM
2	X						1				1	2			1			1	2														
3		X																														1 AM
4		X																														1 AM
5	X								1		1						1	1														1 AM
6	X						1		1		2			1				1				1		1								Deshabitada
7		X																														Abandonada
8		X																														1 AM
9		X																														Cerrada
10			X																													Abandonada
11		X																														Abandonada
12		X																														Deshabitada
13	X				1		1		1		1	4	1				1		2			1			1	2			1			1	2	
14		X																														Pete antiguo
15	X					1			2			3		1			2		3														
16	X										1	1												1	1							1 AM
17		X																														
18	X				1	2	1		1		1	6	1	2			1		4			1			1	2			1			1	2	Cerrada
19			X																													1 AM
20	X						1					1		1					1														Cerrada
21			X																														Cerrada
22			X																														2 AM
23		X																				1			1	2			1			1	2	
24	X						1				1	2													1	2			1			1	2	1 AM
25		X																														
26	X				1	1	1		1		1	5	1	1	1				3				1		1	2				1		1	2	Cerrada
27			X																														2 AM
28	X					1	1		2			4		1	1		2		4														Deshabitada
29		X																														Cerrada
30																																	
TOTALES	M	M	X	0	3	5	8	0	8	1	6	3	3	5	5	0	6	1	1	2	0	0	3	0	2	0	5	N	0	0	3	0	1	0	4	8	1	1	0	0	0	

13 AM

Miembros del equipo que ejecutan el barrido:

CATEGORIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (Contabilizar cuando una vivienda sea una casa, un departamento, un cuarto, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y autorizar vacunación aunque no sea necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niños/as y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niños/as y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y convencer la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con rechazo de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Características de los niños/as: Temores, desconocimiento, prejuicios, creencias en el tipo vacuna y antígeno.

Características de los padres relacionadas al contexto cultural de la población: Inseguridad, creencias de la mala implicaciones de aplicarse la vacuna, etc)

Factores relacionados al sistema de salud: Cuando el personal de salud no brinda adecuada atención.

Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no encuentran en el día de la vacunación (viajes, salidas a otras actividades, etc)

Otros: Diligenciar aquellos que no aplican en las anteriores opciones

El consecutivo se refiere que se debe numerar todas las casas, independiente de la condición de la vivienda y además para hacerlo en manzana

2 AM
1 AM
1 AM
1 AM
Deshabitada
Abandonada
1 AM
Cerrada
Abandonada
Abandonada
Deshabitada
Pete antiguo
1 AM
Cerrada
1 AM
Cerrada
Cerrada
2 AM
1 AM
Cerrada
2 AM
Deshabitada
Cerrada

Instrumento: BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de COYAIMA | Salud

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Tolima
MUNICIPIO: Coyaima
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO: Chilí
UNIDAD OPERATIVA: ESE 06
FECHA: 23-11-2024

Corrido del instrumento:

Manzana	Vivienda visitada				Población objeto de vacunación							Población objeto de vacunación							Población objeto de vacunación							Dosis aplicadas					Observaciones
	Efectiva (E)	No Efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-59 AÑOS		Tratamiento médico	Fallecido	Fallecido en el servicio de salud	Residente fuera de la manzana	Otros	Si encuentra un niño que refiera que ya se encuentra dentro del distrito de la vacuna o el niño para buscarlo en persona
1		X																																			Derivación
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					
25																																					
26																																					
27																																					
28																																					
29																																					
30																																					
TOTALES	0	1	0	0																																	

Miembros del equipo que ejecutan el barrido:

CATEGORIZACIÓN DE VIVIENDAS VISITADAS (anotadas como Vivienda una sola, en departamento, en

VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y aceptar vacunación aunque no sea necesaria.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. Vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y aceptar la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con corral de vacunación y un adulto se rehusara a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACION EN BARRIDO

Contraindicaciones médicas: Embarazo, enfermedades crónicas descompensadas en el cuadro clínico y activas.
Rechazo/ Apatía: Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente variedad.
Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no tiene suficiente variedad.
Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no conocen el día de la vacunación (viajes, salida a otras actividades, etc)
Otros: Diferentes razones que no encajan en los anteriores ejemplos

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - MSPS

Salud | Hospital San Roque | Alcaldía Municipal de Coyaima | Salud

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)-BARRIDO DOCUMENTADO

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Tolima MUNICIPIO: Coyaima LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO: Chilí
UNIDAD OPERATIVA: E135 06 FECHA: 24-11-2024

Cuerpo del instrumento:

	Encuestas (E)	No Viviendas (NV)	Fallidas (F)	Casas renuentes	Edades de niños y niñas menores de 5 años							Edades de niños y niñas de 5 años a 17 años							Edades de personas mayores de 18 años							Gestantes					Observaciones	
					1-11 meses	1-4 años	5-10 años	11-15 años	16-20 años	21-30 años	31-40 años	5-11 años	12-17 años	18-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	1-5 años	6-18 años	19-26 años	27-40 años	41-50 años	51-59 años	60 años	1-5 años	6-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	
1		X																													Mandarinada
2		X																													Abandonada
3		X																													Abandonada
4	X							1				1										1			1			1			1 AM
5		X																													2 AM
6		X																													Deshabitada
7			X																												Cerrada
8	X						1		2			3			1				1				2		2				2		2	
9		Y																													1 AM
10			X																												Cerrado
11		Y																													2 AM
12		X																													1 AM
13	X							1				1										1			1			1			2 AM
14	X										1	1												1	1					1		Genaro Viuda
15		X																													Abandonada
16		X																													2 AM
17	X								1			1					1	1													
18		X																													2 AM
19	X				1		3	1	1			6	1		1				2		2	1	1		4		2	1	1		4	1 AM
20	X									1	1	1												1	1					1	2 AM
21	X						1	2		1	1	5			1		1		2		1	1		1	3		1	1		1	3	
22		X																													1 AM
23	X										1	1												1	1					1	1	Deshabitada
24		X																													
25																															
26																															
27																															
28																															
TOTALES	9	23	2	0	1	0	5	5	3	2	4	10	1	0	2	1	0	2	0	6	0	0	3	4	3	0	4	11	0	0	3	4	3	0	3	13	1	0	0	0	0	17 AM

Miembros del equipo que ejecutan el barrido:

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (utilizadas cuando visitado una casa, un departamento, un establecimiento, etc.)	VIVIENDA EFECTIVA: (E) vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y autorizar vacunación aunque de ser necesario.
	VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.
	VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y consentir la vacunación, 2. vivienda cerrada.
	CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con control de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información
MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO	Comprobadamente negativa: Familias/ indígenas rechazan vacunar por escrito en actas, cabildos o consejos.
	Razonable: Aquellas fallidas relacionadas al contexto cultural de la población (creencias, creencias de la zona, inconformidad en número de dosis, etc)
	Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llega oportunamente.
	Factores relacionados a la familia: Cuando los miembros de la familia no autorizan el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)
	Otras: Situación especial que no encaja en las anteriores descritas

Instrumento BD-1
Elaborado por: PAI - PGPS

Salud | SAN ROQUE

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) BARRIDO DOCUMENTADO

Alcaldía Municipal de COYAIMA | Salud

Datos de identificación:
ENTIDAD TERRITORIAL: Tolima — MUNICIPIO: Coyaima — LOCALIDAD / COMUNA: — BARRIO: Chili
UNIDAD OPERATIVA: ESE 06 — FECHA: 25-11-2024

Cuerpo del instrumento:

	Condición de vivienda				Edad de la población objeto de vacunación								Edad de la población con esquema incompleto (EIPO)								Edad de la población con esquema completo (ECPO)								Edad de la población con esquema adicional								Observaciones					El encuestado o la persona que informa que en esa vivienda no hay ningún menor de 18 años de edad, se le solicita su número de identificación y se anota en la casilla correspondiente
	Efectiva (E)	No efectiva (NE)	Fallida (F)	Casa renuente	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-59 años	TOTAL	Comunicación (RIBS)	Vacunatón	Fallecimiento (F)	Fallecimiento (F) en la vacuna	Otros	
1		X																																						1 AM
2	X									1		1						1		1																					1 AM
3		X																																						Falleció
4	X						1	1		3		4						2		2			1	1				2			1	1			2					1 AM
5	X				1	1	1				1	4	1	1						2			1			1	2														Gestante
6		X																																						2 AM
7		X																																						Deshabitada
8		X																																						
9	X					2	2			2	1	7		2	1					3			1			2	1	4			1			1	1	3			1	1 AM viajando
10		X																																						1 AM
11																																								
12																																								
13																																								
14																																								
15																																								
16																																								
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
21																																								
22																																								
23																																								
24																																								
25																																								
26																																								
27																																								
28																																								
29																																								
30																																								
TOTALES	4	16	0	0	1	3	4	1	0	5	2	10	1	3	1	0	0	3	0	8	0	0	3	1	0	2	2	8	0	0	2	1	0	1	2	6	1	0	0	0	1 AM

Miembros del equipo que ejecutan el barrido: _____ _____ _____

CATEGORÍAS DE VIVIENDAS VISITADAS (Cada vivienda debe tener solo una casilla marcada, ya sea que tenga una sola persona, un departamento, un establecimiento, etc.)

VIVIENDA EFECTIVA (E): vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y hay un adulto dispuesto a suministrar la información y permitir vacunación cuando sea necesario.

VIVIENDA NO EFECTIVA (NE): 1. vivienda abandonada, 2. vivienda donde no viven niñas/os y adolescentes sujetos de vacunación, 3 vivienda desocupada.

VIVIENDA FALLIDA (F): 1. vivienda donde residen niñas/os y adolescentes sujetos a la vacunación y no hay un adulto dispuesto a suministrar la información y permitir la vacunación, 2. vivienda cerrada.

CASA RENUENTE: Donde hay al menos un niño / adolescente sujetos de la vacunación elegible con riesgo de vacunación y un adulto se rehusa a brindar información

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN EN BARRIDO

Contraindicaciones médicas: Diarrea, Enfermedades agudas moderadas o graves, Vómito, Fiebre, Convulsiones, Reacciones alérgicas graves a vacunas previas, Inmunodeficiencia grave, Embarazo (para algunas vacunas), Otras condiciones médicas temporales

Creencias: Aquellas barreras relacionadas al entorno cultural de la población (religiosas, creencias de la casa, inquietudes no aclaradas, no confían en la vacuna, etc)

Factores relacionados al servicio de salud: Cuando el personal de salud no llega por ningún motivo.

Factores relacionados a la familia: Cuando los integrantes de la familia no entienden el día de la vacunación (viaje, salida a otras actividades, etc)

Otros: Situaciones varias que no encajan en las categorías anteriores

Instrumento RD-1
Elaborado por: PAI – PGPS

Salud

SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima IPS vacunadora: Hospital san roque Extramural: CHILI *

Barrio, vereda, comunidad, otro - especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad	Edad	¿Es usted alguna persona inmunosuprimida o con VIH? (1)		¿Está usted en embarazo o lactancia? (2)		Usted padece o ha padecido alguna enfermedad grave? (3)		Usted presenta en este momento fiebre, algún síntoma o malestar general?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada (polvo liofilizado) en los últimos 30 días? (4)		¿Tiene usted alguna alergia grave, después de consumir huevos de gallina o proteínas de pollo o alguna vacuna anterior?		Embarazada	Lactancia	Fecha de los antecedentes
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Condición para precaución especial (5)		
1	22/11/24	Javier Rodriguez Hatema	CC	93476691	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Javier
2	22/11/24	Magnolia Yacuma	CC	65790241	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			magnolia yacu
3	22/11/24	Luz farid cuPitra Hatema	CC	55171740	Cafam		X		X		X		X		X		X			
4	22/11/24	Aristabulo Rodriguez V	CC	17496254	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Aristabulo Ro
5	22/11/24	Ortigoza Cristian Andres	CC	1109297776	FFAA		X		X		X		X		X		X			
6	22/11/24	Maria Celia Zambrano	CC	51834351	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			
7	22/11/24	Lucely Ortiz Rodriguez	CC	65788550	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			
8	22/11/24	Felix Maria Viuche Conde	TI	1109845314	Salud Total		X		X		X		X		X		X			Felix Maria
9	22/11/24	Miguel Rodriguez Rodriguez	CC	1109846307	Famisanar		X		X		X		X		X		X			Miguel Rodrigue
10	22/11/24	Blanca Doris Rodriguez	CC	65788132	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Blanca doris Ro
11	22/11/24	Jhon Alex Culma Rodriguez	CC	1109845008	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Blanca doris R
12	22/11/24	Melida Arcos Arcos	CC	52113269	Sura		X		X		X		X		X		X			Melida Ar
13	22/11/24	Inocencia Ortiz	CC	65787947	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X			Inocencia Or
14	22/11/24	Javier Ortegon Ortiz	CC	1005126512	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X			Inocencia Or
15	22/11/24	Hermilo Viuche Palache	CC	93477080	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X			*Hermilo

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, RA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea enfermedad del timo, (Incluye Miastenia), insuficiencia renal o cirrosis, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna no pudiera administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación-purpura trombocitopénica, lesiones hemorragicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Behet?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y parotiditis, varicela. (no aplicar simultaneamente y se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre este dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 11 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunadora: _____ Vacuna: Lote(s):

Salud

HOSPITAL SAN ROQUE

Direccion Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: COYAIMA **IPS vacunadora:** HOSPITAL SAN ROQUE **Extramural:** CH.LI

Barrio, vereda, comunidad, otro, ¿cuál?

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos del usuario	Tipo de identificación	Número o documento de identidad	PAPO	¿Tiene alguna enfermedad o tratamiento que afecte sus defensas? (1)		¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado enfermedad tipo G o algún evento adverso?		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de alguna vacuna o alergia a algún componente de la vacuna?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada hace menos de 30 días? (4)		¿Ha recibido sangre o productos sanguíneos o transplante de órganos en los últimos 3 meses?		Embarazo	Lactancia	Firma del (la) vacunado(a)
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	22/11/24	José Onofa Arroca C	CC	1109841650	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X					José Orofa Arroca C.
2	22/11/24	Orfa Cuellar Colo	CC	28853636	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X					- B & R Q
3	22/11/24	Anyi Lizeth Gutierrez	CC	1106031591			X		X		X		X		X		X					Angie Gutierrez
4	22/11/24	Eyerley Gutierrez	CC	12750882	Pijaos Salud		X		X		X		X		X		X					
5	22/11/24	Mayerly Barrera Gutierrez	CC	38141100	Nuevo ETS		X		X		X		X		X		X					Mayerly Barrera
6	22/11/24	Tania Stefanya Fontana Vidal	TI	1106777381	Nuevo ETS		X		X		X		X		X		X					
7	22/11/24	Canid Prada Suarez	CC	93444680	Salud total		X		X		X		X		X		X					NO Firma
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye trasplante), insuficiencia renal o cirrosis, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se evalúa administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antimetabólicos.

(3) Tiene problemas de coagulación como: hemofilia, leucemia, deficiencia de factor 8?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica e ingreso nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebe.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunadora:

Versión: 20/2024

Salud

SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención – Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** Chili

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos del usuario	Tipo de identificación	Número de documento de identificación	Edad	¿Usted padece enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Actualmente recibe tratamiento inmunosupresor? (2)		¿Usted padece alergia grave a alguno de los componentes de la vacuna?		¿Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes?		¿Usted padece alergia grave, tumores malignos, trastornos hematológicos o inmunodeficiencias congénitas o adquiridas?		¿Recibió usted alguna vacuna atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Usted tuvo alguna reacción alérgica grave, trombosis o trombocitopenia posterior a la aplicación de la vacuna contra el dengue?		Gestante	Condición para precaución especial (5)	Firma del usuario
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	23/11/24	Steven Julian Paloma	TI	1109845192			X		X		X		X		X		X					
2	23/11/24	Heladio Cupitra Viuche	CC	93471210			X		X		X		X		X		X					
3	23/11/24	Vanessa Fernanda Cupitra	TI	1109843956			X		X		X		X		X		X					
4	23/11/24	Maria Antonia Tacuma	CC	65786850			X		X		X		X		X		X					
5	23/11/24	Sebastian Idarraga.	TI	1188966296			X		X		X		X		X		X					
6	23/11/24	Heidy Johana Cupitra	CC	1005726201			X		X		X		X		X		X					
7	23/11/24	Alexandra Madrigal.	CC	1005726768			X		X		X		X		X		X					
8	23/11/24	Karen Natalia Trujillo	CC	1007600782			X		X		X		X		X		X					
9	23/11/24	Jeyson Urbano Parra	CC	1106773847			X		X		X		X		X		X					
10	23/11/24	Lilia Alexandra Prada	CC	1105059017			X		X		X		X		X		X					
11	23/11/24	Salome Hasbada Gallo	TI	1092854572			X		X		X		X		X		X					
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoides enfermedad del timo, (Artritis timotomal), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticuerpos biológicos.

(3) Tiene problemas de coagulación como: hemofilia, leucemia, linfomas, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gaucher?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y parotiditis, varicela (se aplica) simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el dengue 4 días o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) Condición para precaución especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y tratamiento especial. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 11 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador y vacunador:

Versión: 09/2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** H. San Roque **Extramural:** chili

Barrio, vereda, comunidad, otro, especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad	Régimen	¿Tiene alguna enfermedad (enfermedades) grave (graves) que comprometa su sistema inmunológico (1)?		¿Alguna vez recibió vacuna contra la fiebre amarilla?		Tiene problemas de coagulación? (2)		¿Ha presentado reacción anafiláctica después de recibir alguna vacuna?		¿Ha presentado reacción adversa grave después de recibir alguna vacuna contra la fiebre amarilla?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días (3)?		¿Ha recibido transfusión de sangre o sus componentes o trasplante de órganos en los últimos 2 meses?		Condición especial (4)	Edad gestacional en semanas	Firma de los vacunados
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	24-11-24	Jose ever conde Guarnizo	CC	93478818	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Jose Ever Conde G.
2	24-11-24	Angela Maria martinez Pardo	CC	1076716222	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X			Angela Martinez
3	24-11-24	Jose Nelson capitan cala	CC	1.007189694	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Nelson Capitan
4	24-11-24	Jose Andres chico cardona	CC	1.006507510			X		X		X		X		X		X		X			Jose Andres
5	24-11-24	Maria victoria Yacuma	CC	1.109401465	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			Maria victoria
6	24-11-24	ROCIO Cambrano Salma	CC	65.788026	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Rocio Cambrano
7	24-11-24	Marco Julio Yacuma Vivas	CC	1109845852	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			Marco Julio Yacuma
8	24-11-24	consuelo Pamo Tique	CC	65787962	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X			Consuelo Pamo Tique
9	24-11-24	Edgar Andres Saenz Cuellar	CC	1105035894	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X		X			Edgar Andres
10	24-11-24	Mary Lisbeth Malambo Prieto	CC	1073219628	Asmet Salud		X		X		X		X		X		X		X			Mary Malambo
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea enfermedad del timo, (incluye timectomía), tratamiento renal o crónico, psoriasis, enfermedades autoinmunes, asplenia, miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH.

(2) Medicamentos inmunosupresores: inmunitarios (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, anticoagulantes.

(3) Tiene problemas de coagulación como trombocitopenia, leucemia hemorrágica en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador:

Versión: 06/2024

Salud

SAN ROQUE

Direccion Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** chi

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número de identificación	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosuprimente? (1)		¿Toma algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado reacción alérgica grave, caused de anafilaxia o hipersensibilidad a alguna vacuna?		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Pertenece a alguna comunidad indígena o vive en zona rural apartada de difícil acceso?		Observaciones		Firma de la persona vacunada
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	Cuando sea por contraindicación especifique	Cuando sea por precaución especifique	
1	25-11-24	Juan Manuel Muñoz Herrera	CC	26061375	Sanitas		X		X		X		X		X		X		X			
2	25-11-24	Johan Fernando Bustos Yacuma	TI	1.190213464	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			
3	25-11-24	Blanca Nirza Armero Tique	CC	1109840673	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			
4	25-11-24	Jhon edinson Murcia casas	CC	1006007151	sanitas		X		X		X		X		X		X		X			
5	25-11-24	consuelo conde Arcos	CC	28853884	Nueva eps		X		X		X		X		X		X		X			
6	25-11-24	luis Alfonso Ortiz Olaya	CC	93479139	Nueva eps		X		X		X		X		X		X		X			
7	25-11-24	Alvaro cupitra tacuma	CC	93343646	Nueva eps		X		X		X		X		X		X		X			
8	25-11-24	John Alexander cortes Rodriguez	CC	1109841583	Nueva eps		X		X		X		X		X		X		X			
9	25-11-24	clemente Yacuma Bolaños	CC	93345272	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			
10	25-11-24	Jarvin Yacuma Ducha	TI	1.188964151	Pijao Salud		X		X		X		X		X		X		X			
11	25-11-24	Napoleon Tique Moreno	CC	93.394815	Nueva eps		X		X		X		X		X		X		X			
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patología inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o cirrosis, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se podrá administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación como trombocitopenia, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se ponen simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacunas contra el cólera o fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

(5) Condición para precaución especial, solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del vacunador o vacunador:

Versión: 09/2024

Salud

Hospital San Roque

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: Coyaima **IPS vacunadora:** Hospital San Roque **Extramural:** EBS 06 - Chili

Barrio, vereda, comunidad, otro, especifique

Consecutivo	Fecha DD/MM/Aa	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad Nº	EAPB	¿Tiene algún problema de salud que requiere atención? (1)		¿Está embarazada o en periodo de lactancia? (2)		¿Ha presentado alguna vez reacción alérgica grave, después de recibir alguna vacuna o medicamento?		¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 4 semanas? (4)		¿Tiene problemas de coagulación, inmunosupresión, cáncer, VIH positivo, anemia falciforme, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o miastenia gravis, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Hansenia previo, tumor del timo o esplenectomía? (3)		¿Ha recibido alguna vacuna o medicamento inmunosupresor, corticoides, quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales, inmunoglobulinas o hemoderivados? (3)		Condición para precaución especial (5)	Observaciones	Firma de los vacunadores
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	26-11-24	Yudi Tiliana Bustos Yacumal	TI	1109492271	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Yudi Liliana
2	26-11-24	Nikol Dayana Silva Tique	TI	1109845270	Sanitas		X		X		X		X		X		X			Nicol D.
3	26-11-24	Henry ortiz Orcasita	CC	93470885	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Henry ortiz O
4	26-11-24	Edinson Ospina Parra	CC	93470815	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Edinson ospina
5	26-11-24	Lorena Marcela Cifuentes	CC	1033752128	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Lorena cifuentes
6	26-11-24	Luz Dary Rodriguez	CC	1105055676	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Luz Dary R.
7	26-11-24	Mabel Alejandra Cuellar	TI	1105057548	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Mabel cuellar
8	26-11-24	Maria Yazmin Rodriguez	CC	28647989	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			María Yazmin R.
9	26-11-24	Erica Yuleth Orcasita Ortiz	CC	1105059426	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Erica Orcasita
10	26-11-24	Mónica Tiviana León	CC	1109497223	Nueva EPS		X		X		X		X		X		X			Mónica Tiviana
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

10

Tipo de Identificación: CC = Cédula ciudadanía, RA = Registro, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación

(1) Patologías: linfoproliferativas, entre otras: Cáncer, diabetes, VIH positivo, anemia falciforme, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o miastenia, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Hansenia previo, tumor del timo o esplenectomía. La vacuna no debería administrar a pacientes infectados por VIH

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antirretrovirales

(3) Tiene problemas de coagulación/condición inmunocomprometida o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esquizar, Tacrolimus

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubeola, parotiditis y varicela. De aplicar simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esquizar, Tacrolimus

(5) Condición para precaución especial: solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización medica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir: **Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR**
Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR

Nombre del encuestador y vacunador:

Versión: 28/2024

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió
					Años	Meses					
1	22-11-24	ANTONIO Roche	CC	93202514	58		V/ CHILI	Sabd Total	NO ACEPTA		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

Hospital SAN ROQUE

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmuniaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Chili- Coyaima. **IPS vacunadora** Hospital San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Numero de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendio.
					Años	Meses					
1	23/11/24	Oscar Tole	CC	1104841793	35		Vereda Chili	Asmet Salud	No le gustan las vacunas		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Salud

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Alcaldía Municipal de COYAIMA

FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Municipio Coyaima **IPS vacunadora** H. San Roque

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mi, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la unica manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1	24-11-24	Escoto Noche Adache	CC	93477098	55		V/ Chila	Nueva salud	no acepta	Guillermo	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

EBS 06 Chili

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI					NO PAI									
			BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TETANOS DIFTERIA ADULTO	INFLUENZA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	NEUMOCOCO	MENINGOCOCO	TRIPLE VIRAL	
			26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	39	40	42	
1	1	TI 1106717381 — 03/05/2008 — 16 — F — Perdomo — Vidal — Tania Stefanía — Contributivo — Nueva EPS — Coyaima — B/la Esperanza — 320 213 0610 — PAI			X												Angie Chico
2	1	CC 1109841650 — 16/09/1987 — 38 — M — Arroca — Cupitra — José Onofa — Subsidiado — Pijaos Salud — Coyaima — Chili — 300 216 7209 — PAI			X												Angie Chico
3	1	CC 28953636 — 04/04/1965 — 59 — F — Cupitra — Ceilo — Orfa — Subsidiado — Pijaos Salud — Coyaima — Chili — 300 216 7209 — PAI			X												Angie Chico
4	1	CC 1006031591 — 11/06/1998 — 26 — F — Gutierrez — Barrera — Anyi Lizeth — Subsidiado — Coyaima — B/ Centro — 319 329 3812 — PAI			X												Angie Chico
5	1	CC 12750882 — 14/02/1981 — 43 — M — Gutierrez — Quintero — Ecberley — Subsidiado — Pijaos Salud — Coyaima — B/ Centro — 314 241 5580 — PAI			X												Angie Chico
6	1	CC 38141100 — 26/04/1979 — 45 — F — Barrera — Gasca — Mayerly — Subsidiado — Nueva EPS — Coyaima — B/Centro — 311 818 1888 — PAI			X												Angie Chico
7	1	CC 1109841650 — 16/09/1987 — 38 — M — Arroca — Cupitra — José Onofa — Subsidiado — Pijaos Salud — Coyaima — Chili — 300 216 7209 — PAI			X												Angie Chico

LOTE

JERINGA	LOTE
SAPI 0.05	
DPT 0.5	
DPT 0.5	

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 11 AÑO 24

EBS 06 Chili

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	22/11/2024	TI 1109845314 · 09/04/2011 · 13 · M · Vivche Conde · Felix Maria · Subsidiado · Salud Total · Coyaima · Chili · PAI	X	Angie Chico
2	22/11/2024	CE 1109846307 · 16/04/1995 · 29 · M · Rodriguez Rodriguez · Miguel · contributivo · famisanar · Coyaima · Chili · 3179494407 · PAI	X	Angie Chico
3	22/11/2024	CC 65788132 · 26/06/1971 · 53 · F · Rodriguez · Blanca Doris · Subsidiado · Nueva EPS · Coyaima · Chili · 3013170868 · PAI	X	Angie Chico
4	22/11/2024	TI 1109845008 · 01/01/2016 · 14 · M · Ruima Rodriguez · Jhon Alex · Subsidiado · Nueva EPS · Coyaima · Chili · 3027.31881 · PAI	X	Angie Chico
5	22/11/2024	CC 52113269 · 13/06/1973 · 51 · F · Aruca Aruca · Melida · contributivo · Sura · Coyaima · Chili · 311552 2402 · PAI	X	Angie Chico
6	22/11/2024	CC 65787947 · 18/09/1982 · 56 · F · Ortiz · Inocencia · Subsidiado · Fijados Salud · Coyaima · Chili · 3011208822 · PAI	X	Angie Chico
7	22/11/2024	CC 1005726512 · 01/04/1995 · 29 · M · Ortegun Ortiz · Javier · Subsidiado · Fijados Salud · Coyaima · Chili · 3011208882 · PAI	X	Angie Chico

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

PAI: BCG · TRIPLE VIRAL · FIEBRE AMARILLA · DPT/DPT-HB-Hib · INFLUENZA

NO PAI: VPH · HEPATITIS A · HEPATITIS B · VARICELA · MENINGOCOCO · NEUMOCOCO · TRIPLE VIRAL

JERINGA · LOTE

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

EBS 06 Cuil.

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																				ESQUEMA DE VACUNACION PAI												NOMBRE DEL VACUNADOR
																						PAI						NO PAI						
																						BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	DPT/DPT ACELULAR	HEPATITIS A		VPH	HEPATITIS B	TD/DPT/TDPA	VARICELA	INFLUENZA	MENINGOCOCO	TRIPLE VIRAL	
																						26	27	28	29	30	31	33	35	36	38	39	40	41	
1	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 93476691	[5] DIA 11	[6] MES 01	[7] AÑO 1975	[8] EDAD 49	[9] SEXO M.	[10] PRIMER APELLIDO Rodriguez	[11] SEGUNDO APELLIDO Materna.	[12] NOMBRES Javier.	[13] REGIMEN Subsidiado	[14] ASEGURADORA Nueva EPS.	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 324337 1891.	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PAI			X										Angie Chico
2	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 65790241.	[5] DIA 21	[6] MES 09	[7] AÑO 1978	[8] EDAD 46	[9] SEXO F	[10] PRIMER APELLIDO Yacuma.	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES Magnolia	[13] REGIMEN Subsidiado	[14] ASEGURADORA Nueva EPS	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 321560 8907	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PAI			X										Angie Chico
3	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 55171740	[5] DIA 15	[6] MES 06	[7] AÑO 1973	[8] EDAD 51	[9] SEXO M	[10] PRIMER APELLIDO Curitro	[11] SEGUNDO APELLIDO Materna	[12] NOMBRES Luz farid	[13] REGIMEN Subsidiado	[14] ASEGURADORA Cafam	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 305211 9179.	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PAI			X										Angie Chico
4	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 17496254	[5] DIA 17	[6] MES 04	[7] AÑO 1971	[8] EDAD 53	[9] SEXO M.	[10] PRIMER APELLIDO Rodriguez	[11] SEGUNDO APELLIDO Vinche	[12] NOMBRES Aristobulo	[13] REGIMEN Subsidiado	[14] ASEGURADORA Nueva EPS	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 314314 5219	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PPA			X										Angie Chico
5	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 1109297766	[5] DIA 06	[6] MES 09	[7] AÑO 1992	[8] EDAD 32	[9] SEXO M.	[10] PRIMER APELLIDO Ortigoza.	[11] SEGUNDO APELLIDO Bazurdo	[12] NOMBRES Cristian Andres	[13] REGIMEN FFMM	[14] ASEGURADORA Especial.	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 304302 8422	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PAI			X										Angie Chico
6	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 51834351.	[5] DIA 03	[6] MES 11	[7] AÑO 1966	[8] EDAD 58	[9] SEXO F	[10] PRIMER APELLIDO Zambrano.	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES Maria Celia	[13] REGIMEN Subsidiado	[14] ASEGURADORA Nueva EPS	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 311517 4149	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PAI			X										Angie Chico
7	22/11/24	[3] T.I. cc	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION 65798550	[5] DIA 23	[6] MES 06	[7] AÑO 1973	[8] EDAD 51	[9] SEXO F	[10] PRIMER APELLIDO Ortiz.	[11] SEGUNDO APELLIDO Rodriguez	[12] NOMBRES Lucely.	[13] REGIMEN Subsidiada	[14] ASEGURADORA Nueva EPS	[16] CONDICION DE LA GESTANTE	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Chili	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO 321701 0608	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO PPI			X										Angie Chico

JERINGA	LOTE

República de Colombia

Libertad y Orden

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 11 AÑO 24

EBS 06 Quilc

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

ESQUEMA DE VACUNACION PAI

CONSECUTIVO	DIA	(3) T.Id	(4) NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	(8) EDAD	(9) SEXO	(10) PRIMER APELLIDO	(11) SEGUNDO APELLIDO	(12) NOMBRES	(13) REGIMEN	(14) ASEGURADORA	(15) CONDICION DE USUARIA	(16) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(17) AREA DE RESIDENCIA	(18) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(19) DIRECCION DE RESIDENCIA	(20) TELEFONO	(21) GRUPO ETNICO	(22) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	(23) CONDICION DE DISCAPACIDAD	(24) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	(25) FECHA PROBABLE DE PARTO	PAI: BCG	TRIPLE VIRAL	PENTAVALENTE	TERCER ESTERILIZOT	INFLUENZA			NO PAI: VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	PP NEUMO	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
																									26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	39	40	41	
1	22/11/2024		CC 1144093450	06	11	1994		M	Prada	Suarez	Carmen	Subsidiado	Salud Total		Coyaima		Villa Vega								PA1		X												Angie Chico
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							

LOTE

JERINGA	LOTE
DOSIS 0.5	
DOSIS 0.05	
DOSIS 0.1	

11-20
3
21-30
3
31-40
2
41-50
5
51-59
9

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO RIO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES _____ AÑO _____

Grupo 6

Chili

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI	NUMERO DE VACUNADOR
			PAI: BCG · TRIPLE VIRAL · PENTAVALENTE · TETANOS Y DIFTERIA · INFLUENZA — NO PAI: VPH · HEPATITIS B · ESPASMOS B · VARICELA · NEUMOCOCO · INFLUENZA · TRIPLE VIRAL	
1	23/11/2024	TI 1109845492 · 30/08/2011 · 13 · M · Paloma · Pamo · Steven Julian · Subsidiado · Pijaos Salud · Cel 3214040248 · Coyaima · Chili	X	Ivonne Lozano
2	23/11/2024	CC 93471210 · 21/01/1968 · 56 · M · Cupitra · Viuche · Heladio · Subsidiado · Asmet Salud · Tel 3013567521 · Coyaima · Chili	X	Ivonne Lozano
3	23/11/2024	TI 1109843956 · 29/10/2008 · 16 · F · Cupitra · Conde · Vanessa Fernanda · Subsidiado · Pijaos Salud · Tel 3013567521 · Coyaima · Chili	X	Ivonne Lozano
4	23/11/2024	CC 65786850 · 01/05/1965 · 59 · F · Tacuma · Tigre · Maria Antonia · Subsidiado · Nueva EPS · Tel 3092726130 · Coyaima · Chili	X	Ivonne Lozano
5	23/11/2024	TI 1188965296 · 16/01/2010 · 14 · M · Ibarrega · Tacuma · Sebastian · Subsidiado · Nueva EPS · Tel 3092726130 · Coyaima · Chili	X	Ivonne Lozano
6	23/11/2024	CC 1005726201 · 04/10/1997 · 33 · F · Cupitra · Prado · Heidy Johanna · Subsidiado · Nueva EPS · Tel 3135470966 · Coyaima · Chili	X	Ivonne Lozano
7	23/11/2024	CC 1005726769 · 08/12/2001 · 22 · F · Morisal · — · Alejandra · Subsidiado · Pijaos Salud · Tel 3167176656 · Coyaima · Bla loma	X	Ivonne Lozano

LOTE

JERINGA	LOTE
DOSIS UNA	
DOSIS DOS	
DOSIS TRES	

11-20
3
21-30
2
31-40
3
41-42
2

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA (DEPARTAMENTO) | COYAIMA (MUNICIPIO) | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E (INSTITUCION) | MES _____ | AÑO _____

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																										ESQUEMA DE VACUNACION PAI																NOMBRE DEL VACUNADOR
																												PAI							NO PAI										
		[27] T.I	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (5) DIA	(6) MES	(7) AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA	[5] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO	BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	DIFTERIA TETANOS Y TOS FERINA	INFLUENZA			VPH	DIFTERIA Y TETANOS R	HEPATITIS B	TD	VARICELA	HEPATITIS A	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
																												28	27	29	32	30	31	35	33	34	36	37	38	39	40	41	
1	23/11/2024	CC	1007600782	03	03	2002	22	F	Trujillo	Luzano	Karen Natalia	Contributivo	Nueva EPS		Coyaima		Bllo loma		3115576195										X														Ivonne Luzano
2	23/11/2024	CC	1106773847	13	01	1988	36	M	Parra	Hernandez	Jeyson Urbano		Sisben		Coyaima		Bl Centro		3108936281																									Ivonne Luzano
3	23/11/2024	CC	1105059017	22	08	1991	33	F	Prada	Olivero	Lilia Alejandra	Subsidiado	Pijaos Salud		Coyaima		Bl centro		3127363889										X															Ivonne Luzano
4	23/11/2024	TI	1092854572	02	02	2011	14	F	Marulanda	Gutierrez	Salome	Subsidiado	Pijaos Salud		Coyaima		Bl centro		3112275501										X															
5																																												
6																																												
7																																												

LOTE

INFORMA	LOTE

República de Colombia

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA	COYAIMA	HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E	MES 11	AÑO 24	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	INSTITUCION			

IDENTIFICACION DEL VACUNADO

IBS 06

ESQUEMA DE VACUNACION PAI (PAI / NO PAI)

Consecutivo	Día	Tipo ID	Número de identificación	Día nac.	Mes nac.	Año nac.	Edad	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Régimen	Aseguradora	Municipio de residencia	Barrio / centro poblado o vereda	Teléfono	Fecha probable de parto	Fiebre amarilla (28)	Nombre del vacunador
1	24-11-24	CC	93478818	02	07	1984		M	Conde	Guarnizo	Jose Ever	Subs	Nueva EPS	Coyaima	Chili	3184004087	N/A	X	Luisa Ospina
2	24-11-24	CC	1096716222	20	07	1989		F	Martinez	Poloche	Angela María	Subs	Asmet Salud	Coyaima	Chili	3184004087	N/A	X	Luisa Ospina
3	24-11-24	CC	1.007784694	24	10	2000	24	M	Cupitra	Colo	Jose Nelson	Subs	Nueva EPS	Coyaima	Chili	3243757779	N/A	X	Luisa Ospina
4	24-11-24	CC	1.006507310	30	06	2002	22	M	Chico	Cardona	Jose Andres			Coyaima	Chili		N/A	X	Luisa Ospina
5	24-11-24	CC	1.109491465	16	01	1987	37	F	Yacuma		Maria Victoria	Subs	Pijao Salud	Coyaima	Chili	3052161039	N/A	X	Luisa Ospina
6	24-11-24	CC	65788076	02	01	1968	56	F	Zambrano	Colma	Rocio	Contrib	Nueva EPS	Coyaima	Chili	3163097035	N/A	X	Luisa Ospina
7	24-11-24	CC	1109845852	01	08	1994	30	M	Yacuma	Viuche	Marco Tulio		Pijao Salud	Coyaima	Chili	3043073062	N/A	X	Luisa Ospina

LOTE

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCIÓN | MES 11 | AÑO 24

Abril

EPS 06

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																										ESQUEMA DE VACUNACION PAI																NOMBRE DEL VACUNADOR
																												PAI						NO PAI										
		[6] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[15] CONDICION DE USUARIA	[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[17] AREA DE RESIDENCIA	[18] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[19] DIRECCION DE RESIDENCIA	[20] TELEFONO	[21] GRUPO ETNICO	[22] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[23] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[24] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO	NO	FIEBRE AMARILLA	TRIPLE VIRAL	INFLUENZA ESTACIONAL	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	VPH ADULTAS	ANTIGRIPAL	DIFTERIA Y TETANOS		
		26	27	28	29	30	31	32																																				
1	24-11-24	RC	65787962	20	01	1974	53	F	Pomo	Tique	Consuelo	Subs.	Asmet salud		Coyaima		Chilc		3057722102										X															Yuliso Ospina
2	24-11-24	RC	1105055894	19	10	1987	37	M	Saenz	Cuellar	Edgar Andres	Subs.	Nueva eps		Coyaima				3144422283										T															Yuliza Ospina
3	24-11-24	CC	1073719628	09	03	1999	25	F	Malambo	Prieto	Marily lisbeth	Subs	Asmet salud		Coyaima				3145313404										X																Jesus Ospina
4																																												
5																																												
6																																												
7																																												

LOTE

JERINGA	LOTE
DPT * 1/5	
DT * 1/5	
TT * 1/5	

21.30
4

31.4C
4

17-Se
2

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

IBS 06

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO																		ESQUEMA DE VACUNACION PAI																NOMBRE DEL VACUNADOR
																				PAI							NO PAI											
																				BCG	DOSIS UNICA	PRIMERA ADICIONAL	SEGUNDA O REFUERZO	TERCERA			VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	DIFTERIA	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL	
																				26	27	28	29	30	31	32	34	35	36	38	39	40	41		
1	25-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
		CC	26067375	28	06	1996	29	M	Munares	Herrera	Juan Manuel	Vinculado	No Asen.	PAI								X																Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili					ND																														
2	25-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
		TI	1.190213464	15	06	2009	15	M	Bustos	Yacuma	Johan Fernando	subs	Pijao Salud	PAI								X																Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili					ND																														
3	25-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
		CC	1109840693	18	08	2004	20	F	Armero	Tique	Blanca Nirsa	Subs.	Pijao Salud	PAI								X																Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili					ND																														
4	25-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
		CC	1006007151	08	11	2002	22	M	Murcia	Casas	Juan Edinson	Contrib	Sanitas	PAI								X																Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili					ND																														
5	23-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
		CC	28.853884	20	11	1965	59	F	Conde	Aroca	Consuelo	Subs.	Nueva EPS	PAI								X																Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili					ND																														
6	25-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
		CC	93'479139	01	04	1980	44	M	Ortiz	Ducuara	Jus Alfonso			PAI								X																Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili		3043947463			ND																														
7	25-11-24	[3] T.Id	[4] NUMERO DE IDENTIFICACION	[5] DIA	[6] MES	[7] AÑO	[8] EDAD	[9] SEXO	[10] PRIMER APELLIDO	[11] SEGUNDO APELLIDO	[12] NOMBRES	[13] REGIMEN	[14] ASEGURADORA	[24] CONDICION DE USUARIA																									
			93343646	02	07	1965	59	M	Capito	Yacuma	Alvaro	Subs.	Nueva EPS																										Luisa Ospina
		[15] MUNICIPIO DE RESIDENCIA	[16] AREA DE RESIDENCIA	[17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	[18] DIRECCION DE RESIDENCIA	[19] TELEFONO	[20] GRUPO ETNICO	[21] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	[22] CONDICION DE DISCAPACIDAD	[23] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	[25] FECHA PROBABLE DE PARTO																											
		Coyaima		Chili		3009542089			ND																														

1ª Dosis aplicada 10-08-2023

LOTE

ESQUEMA	LOTE
DAT's 1/5	
DAT 2/5	
DAT 3/5	

Ministerio de Salud y Proteccion Social

Republica de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 11 | AÑO 24

EDS 06 Chili

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI						NO PAI								
			BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TOXOIDE TETANICO	INFLUENZA		VPH	HEPATITIS A	VARICELA	DIFTERIA	DIFTOCOLUA	INFLUENZA	TRIPLE VIRAL		
			26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
1	25-11-24	(3) T.I. (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: CC 1109841583 — (5) DIA 05 (6) MES 10 (7) AÑO 1987 — (8) EDAD 37 — (9) SEXO M — (10) PRIMER APELLIDO: cortes — (11) SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez — (12) NOMBRES: John Alexander — (13) REGIMEN: subs. — (14) ASEGURADORA: Nueva eps — (24) CONDICION DE USUARIA: PAI (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: coyaima — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: chili — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO: 3006891397 — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO			X												Luisa Ospina
2	25-11-24	(3) T.I. (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: CC 93345272 — (5) DIA 13 (6) MES 10 (7) AÑO 1970 — (8) EDAD 54 — (9) SEXO M — (10) PRIMER APELLIDO: Yacuma — (11) SEGUNDO APELLIDO: Botache — (12) NOMBRES: clemente — (13) REGIMEN: subsid. — (14) ASEGURADORA: Pijao salud — (24) CONDICION DE USUARIA: PAI (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: coyaima — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: chili — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO: 3046200829 — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD: NO — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO			X												Luisa Ospina
3	25-11-24	(3) T.I. TI (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 1.108964151 — (5) DIA 08 (6) MES 04 (7) AÑO 2009 — (8) EDAD 15 — (9) SEXO M — (10) PRIMER APELLIDO: yacuma — (11) SEGUNDO APELLIDO: viuche — (12) NOMBRES: Jarwin — (13) REGIMEN: subs — (14) ASEGURADORA: Pijao salud — (24) CONDICION DE USUARIA: PAI (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: coyaima — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA: chili — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO: 3046200329 — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO			X												Luis Ospina
4	25-11-24	(3) T.I. CC (4) NUMERO DE IDENTIFICACION: 93394815 — (5) DIA 22 (6) MES 10 (7) AÑO 1974 — (8) EDAD 50 — (9) SEXO M — (10) PRIMER APELLIDO: Tique — (11) SEGUNDO APELLIDO: Moreno — (12) NOMBRES: Napoleon — (13) REGIMEN: contr. — (14) ASEGURADORA: Nueva eps — (24) CONDICION DE USUARIA: PAI (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Coyaima — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO: 3142654602 — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD: No — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO			X												Jairo Ospina
5		(3) T.I. — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION — (5) DIA — (6) MES — (7) AÑO — (8) EDAD — (9) SEXO — (10) PRIMER APELLIDO — (11) SEGUNDO APELLIDO — (12) NOMBRES — (13) REGIMEN — (14) ASEGURADORA — (24) CONDICION DE USUARIA (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
6		(3) T.I. — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION — (5) DIA — (6) MES — (7) AÑO — (8) EDAD — (9) SEXO — (10) PRIMER APELLIDO — (11) SEGUNDO APELLIDO — (12) NOMBRES — (13) REGIMEN — (14) ASEGURADORA — (24) CONDICION DE USUARIA (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
7		(3) T.I. — (4) NUMERO DE IDENTIFICACION — (5) DIA — (6) MES — (7) AÑO — (8) EDAD — (9) SEXO — (10) PRIMER APELLIDO — (11) SEGUNDO APELLIDO — (12) NOMBRES — (13) REGIMEN — (14) ASEGURADORA — (24) CONDICION DE USUARIA (15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA — (16) AREA DE RESIDENCIA — (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — (18) DIRECCION DE RESIDENCIA — (19) TELEFONO — (20) GRUPO ETNICO — (21) CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — (22) CONDICION DE DISCAPACIDAD — (23) CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — (25) FECHA PROBABLE DE PARTO															
LOTE																			LOTE DPT 1/4 DPT 2/4 DPT 3/4

N. 20
3.
2L 30
2
31.4°
1
41.5°
1
51.5°
3

Republica de Colombia

REGISTRO D DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO | COYAIMA — MUNICIPIO | HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION | MES 26-11-2024 AÑO

IDENTIFICACION DEL VACUNADO EBS 06 Chili

CONSECUTIVO	DIA	TIPO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO)	EDAD	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	REGIMEN	ASEGURADORA	CONDICION DE USUARIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	AREA DE RESIDENCIA	BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	DIRECCION DE RESIDENCIA	TELEFONO	GRUPO ETNICO	CONDICION DE DESPLAZAMIENTO	CONDICION DE DISCAPACIDAD	CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador)	FECHA PROBABLE DE PARTO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI: BCG	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	TRIPLE BACTERIANA TETANICA DIFTERICA	INFLUENZA	PAI: 31	32	NO PAI: VPH	HEPATITIS A	HEPATITIS B	VARICELA	39	ANTIGRIPAL	TRIPLE VIRAL	NOMBRE DEL VACUNADOR
1	26-11-24	TI	1109492291	01/10/2007	17	F	Bustos	yacuma	yudi liliana.	sub	pisa o salud	PAT	coyaima	Rural	Chili									X													
2	26-11-24	TI	1109845270	7/3/11	13	F	Silva	Trque	Nikol Dayana	sub	sanitas	PAT	Coyaima	Rural	Chili		305216 1039.							X													
3	26-11-24	CC	93470885	01/12/72	51	M	Ortiz	Ducora	Henry	sub	Nueva EPS	PAT	Coyaima	Rural	Chili		304 3947463							X													
4	26-11-24		93470815	29/11/53		M	Ortiz	Parra	Edinson	sub	pisa o salud		Coyaima	Rural	Chili		3244411 0248							X													
5	26-11-24		1033752128	09/02/1997	27	F	Cepeda		Lorena Marcela	sub.	Asmet		Coyaima	Rural	Doyare Esmeralda		320472 9324							X													
6	26-11-24		1105055676	07/08/1998	38	F.	Rodriguez		Luz Dary	sub	Nueva EPS		Coyaima	Rural	Buena vista		313779 5560							X													
7	26-11-24		1105057548	6/8/2017	7	F	Cepeda	Rodriguez	Mabel Alexandra	sub	Nueva EPS		Coyaima	Rural	Buena vista		313779 5580																					

45

LOTE

JERINGA	LOTE
DAT 0.1ML	
DAT 0.5ML	
DAT 0.6ML	

República de Colombia

Libertad y Orden

REGISTRO D[illegible] DE VACUNACION DE ADULTOS PAI Y NO PAI

TOLIMA — DEPARTAMENTO

COYAIMA — MUNICIPIO

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E — INSTITUCION

MES 26-11-24 AÑO

EBS 06 Chili

CONSECUTIVO	DIA	IDENTIFICACION DEL VACUNADO	ESQUEMA DE VACUNACION PAI														NOMBRE DEL VACUNADOR
			PAI						NO PAI								
			BCG	TRIPLE VIRAL	PENTA/ HEXAVALENTE	FIEBRE AMARILLA/ DOBLE O TETANICA Y	INFLUENZA		DPT	HEXAVALENTE	PENTAVALENTE	VARICELA	DPT ADULTO	HEPATITIS B	TRIPLE VIRAL	
			28	27	26	25	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
1	26-11-24	[3] T.I.D [4] NUMERO DE IDENTIFICACION: CC 28647939 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 06 [6] MES 02 [7] AÑO 1968 — [8] EDAD 56 — [9] SEXO F — [21] PRIMER APELLIDO Rodriguez — [22] SEGUNDO APELLIDO — [23] NOMBRES Maria Jazmin — [29] REGIMEN subs — [30] ASEGURADORA Nueva EPS — [31] CONDICION DE LOCALIZACION			X										X		
		[16] NUMERO DE RESIDENCIA Coyaima — [18] AREA DE RESIDENCIA U/R D — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA La Veopa — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															
2	26-11-24	[3] T.I.D CC [4] NUMERO DE IDENTIFICACION 1105059426 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 9 [6] MES 5 [7] AÑO 1992 — [8] EDAD 34 — [9] SEXO F — [21] PRIMER APELLIDO Ducuara — [22] SEGUNDO APELLIDO Rocca — [23] NOMBRES Erika Yuliveth — [29] REGIMEN cont — [30] ASEGURADORA Nueva Salud — [31] CONDICION DE LOCALIZACION			X												
		[16] NUMERO DE RESIDENCIA Coyaima — [18] AREA DE RESIDENCIA U/R D — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA La Veopa — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO 3176824 1208 — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															
3	26-11-24	[3] T.I.D CC [4] NUMERO DE IDENTIFICACION 1109492223 — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA 26 [6] MES 09 [7] AÑO 1989 — [8] EDAD 35 — [9] SEXO F — [21] PRIMER APELLIDO Tiquira — [22] SEGUNDO APELLIDO León — [23] NOMBRES Monica — [29] REGIMEN cont — [30] ASEGURADORA Nueva EPS — [31] CONDICION DE LOCALIZACION			X												
		[16] NUMERO DE RESIDENCIA Coyaima — [18] AREA DE RESIDENCIA U/R D — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA Fundadores — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO 321309 0424 — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															
4		[3] T.I.D — [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA [6] MES [7] AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [21] PRIMER APELLIDO — [22] SEGUNDO APELLIDO — [23] NOMBRES — [29] REGIMEN — [30] ASEGURADORA — [31] CONDICION DE LOCALIZACION															
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [18] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															
5		[3] T.I.D — [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA [6] MES [7] AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [21] PRIMER APELLIDO — [22] SEGUNDO APELLIDO — [23] NOMBRES — [29] REGIMEN — [30] ASEGURADORA — [31] CONDICION DE LOCALIZACION															
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [18] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															
6		[3] T.I.D — [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA [6] MES [7] AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [21] PRIMER APELLIDO — [22] SEGUNDO APELLIDO — [23] NOMBRES — [29] REGIMEN — [30] ASEGURADORA — [31] CONDICION DE LOCALIZACION															
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [18] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															
7		[3] T.I.D — [4] NUMERO DE IDENTIFICACION — FECHA DE NACIMIENTO [5] DIA [6] MES [7] AÑO — [8] EDAD — [9] SEXO — [21] PRIMER APELLIDO — [22] SEGUNDO APELLIDO — [23] NOMBRES — [29] REGIMEN — [30] ASEGURADORA — [31] CONDICION DE LOCALIZACION															
		[16] MUNICIPIO DE RESIDENCIA — [18] AREA DE RESIDENCIA — [17] BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA — [19] DIRECCION DE RESIDENCIA — [24] TELEFONO — [25] GRUPO ETNICO — [26] CONDICION DE DESPLAZAMIENTO — [27] CONDICION DE DISCAPACIDAD — [28] CORREO ELECTRONICO (Madre o Cuidador) — [32] FECHA PROBABLE DE PARTO															

LOTE

JERINGA — LOTE