ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VERIFICACIÓN ESTADO VACUNAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA

Codigo: FOR-PSS-500
Versión: 0
Fecha: Memo I2021037207-2/12/2021
Página: 1 de 2

JARDIN INFANTIL Tuna Alta Otero NIVEL S.D RESPONSABLE DE LA VERIFICACION: Leidy Berito.

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO (D/M/A)	EDAD en meses	FECHA DE VERIFICACIÓN (D/M/A)	ESQUEMA VACUNACIÓN									¿CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE SEGUN LA EDAD?	FECHA PROYECTADA DE PRÓXIMA VACUNA O VERIFICACIÓN (M/A)	OBSERVACIONES
					BCG Hept B 0 m	1POL 1PVT 1RTV 1NCC 2 m	2POL 2PVT 2RTV 2NCC 4 m	3POL 3PVT 1 INF EST 6 m	2 INF EST 7 m	S-R-P VAR NCC HP A 12 m	1 REF. DPT POL 1 FA 18 m	2 REF. DPT POL S-R-P 5 años	OTRAS VACUNAS			
1	Coronel Campo Dara Isabel	12 08 2022	2a 6m	24 02 25	13/08/22	15/11/22	16/01/23	31/08/23	30/05/24	02/01/24				SI ☐ NO ☐		
2	Diaz Escalona Julieta S.	11 04 2022	2a 5m	24 02 25	12/09/22	11/01/23	11/05/23	12/06/23		11/09/23	09/04/24			SI ☐ NO ☐		
3	Gonzalez Fuentes Ana L.	04 08 2022	2a 6m	24 02 25	05/08/22	19/10/22	29/12/22	23/02/23	16/09/23	16/07/23	05/06/24			SI ☒ NO ☐		
4	Ramirez Amado Helen J.	19 07 2022	2a 7m	24 02 25	19/09/22	19/09/22	21/11/22	25/01/23		01/08/23	05/02/24			SI ☐ NO ☐		
5	Romero Barajas Adriel B	02 10 2022	2a 4m	24 02 25	02/10/22	13/12/22	13/02/23	14/04/23	25/08/23	07/06/23	04/05/24			SI ☒ NO ☐		
6	Ulo Ramirez Samuel A.	04 10 2022	2a 4m	24 02 25	04/10/22	30/12/22	11/03/23	13/05/23	22/09/22	23/10/23	29/06/24			SI ☒ NO ☐		
7	Romero Dorado Briani S.	12 08 2022	2a 6m	24 02 25	12/8/22	20/10/22	26/12/22	1/03/23	23/05/23	23/08/23	23/03/24			SI ☐ NO ☐		
8														SI ☐ NO ☐		
9														SI ☐ NO ☐		
10														SI ☐ NO ☐		
11														SI ☐ NO ☐		
12														SI ☐ NO ☐		
13														SI ☐ NO ☐		
14														SI ☐ NO ☐		
15														SI ☐ NO ☐		
16														SI ☐ NO ☐		
17														SI ☐ NO ☐		
18														SI ☐ NO ☐		
19														SI ☐ NO ☐		
20														SI ☐ NO ☐		
	Vacunas para prevenir las siguientes enfermedades :				Meningitis tuberculosa Hepatitis B	polio,meningitis y otras enf pentavalente: hep B . H-influenzae B difteria, tosferina tetano(DPT). Rotavirus. Neumococo		Polio, pentavalente Influenza estacional	Influenza Estacional	SRP:sarampion , rubeola,papera s. Varicela. Ref. neumococo. Hepatitis A.	DPT: Difteria,tosferi na tetano,polio fiebre amarilla	DPT: difteria,tosferina tetano,polio. SRP:sarampion rubeola paperas				

Es esencial que el seguimiento al estado vacunal incluya el documento(carnet de vacunas) por ambas caras, que evidencie los datos de identificacion de la niña o el niño. Asi mismo se debe promover la asistencia oportuna a las campañas masivas de vacunacion que establece la Secretaria de Salud Distrital. Nota: La vacuna influenza estacional se puede aplicar antes de los 24 meses dos dosis con intervalos de 4 semanas,posterior a los 6 meses de edad.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA A CONSULTA DE VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y DESARROLLO EN JARDINES INFANTILES PÚBLICOS, PRIVADOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: FOR-PSS-495 Versión: 0 Fecha: Memo I2021039976 - 28/12/2021 Página: 1 de 1

JARDÍN INFANTIL O CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL:

NIVEL O GRUPO: Saucesito D

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: Leidy Benito

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO (Día/Mes/Año)	EDAD (En meses)	ASISTENCIA A LA CONSULTA DE VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y DESARROLLO								CONTROL ODONTOLÓGICO (Para niños y niñas mayores de 6 meses)			OBSERVACIONES
				FECHA VERIFICACIÓN (Día/Mes/Año)	¿CUENTA CON SOPORTE VIGENTE?	FECHA ÚLTIMA CONSULTA (Día/Mes/Año)	FECHA PROYECTADA PRÓXIMA CONSULTA (Día/Mes/Año)	FECHA TAMIZAJE VISUAL (Día/Mes/Año)	¿PRESENTA ALTERACIÓN VISUAL?	FECHA TAMIZAJE AUDITIVO (Día/Mes/Año)	¿PRESENTA ALTERACIÓN AUDITIVA?	¿CUENTA CON CON SOPORTE DE ASISTENCIA VIGENTE?	FECHA DE ÚLTIMO CONTROL ODONTOLÓGICO (Día/Mes/Año)	¿PRESENTA ALTERACIÓN ODONTOLÓGICA?	
1	Coronel Campo Dara Isabel	12/08/22	2a 6m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☒				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☒		SÍ ☐ NO ☐	
2	Diaz Escalona Julieta S.	11/09/22	2a 5m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☒				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☒		SÍ ☐ NO ☐	
3	Gonzalez Fuentes Ana L.	04/08/22	2a 6m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☒				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☒		SÍ ☐ NO ☐	
4	Ramirez Amado Helen S.	19/07/22	2a 7m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☒				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☒		SÍ ☐ NO ☐	
5	Romero Barajas Adriel B.	02/10/22	2a 4m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☒				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☒ NO ☐	09/09/24	SÍ ☐ NO ☒	
6	Goio Ramirez Samuel A.	09/10/22	2a 4m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☐	26/02/25	26/02/26	26/02/25	SÍ ☐ NO ☒	26/02/25	SÍ ☐ NO ☒	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
7	Rohenez Dorado Briani S.	12/08/22	2a 6m	24/02/25	SÍ ☐ NO ☒				SÍ ☐ NO ☒		SÍ ☐ NO ☒	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
8					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
9					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
10					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
11					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
12					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
13					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
14					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
15					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
16					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
17					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
18					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
19					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
20					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
21					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
22					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
23					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	
24					SÍ ☐ NO ☐				SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐	

OK

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) EN JARDINES INFANTILES

Código	
Versión: formato no controlado	
Fecha:	
Página: 1 de 1	

JARDÍN INFANTIL: TUNA ALTA OTERO

NIVEL O GRUPO: Sauces D

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: Leidy Benito.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO (Día/Mes/Año)	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)						
			FECHA PRIMERA VERIFICACIÓN (Día/Mes/Año)	¿CUENTA CON AFILIACIÓN VIGENTE AL SGSSS? (Primer semestre)	A QUÉ ENTIDAD SE ENCUENTRA AFILIADO (Primer semestre)	FECHA SEGUNDA VERIFICACIÓN (Día/Mes/Año)	¿CUENTA CON AFILIACIÓN VIGENTE AL SGSSS? (Segundo semestre)	A QUÉ ENTIDAD SE ENCUENTRA AFILIADO (Segundo semestre)	OBSERVACIONES
1	Coronel Campo Dara Isabel	12/08/2022	24/02/25	SI [X] NO [ ]	COOSALUD		SI [ ] NO [ ]		
2	Diaz Escalona Julieta S.	11/09/2022	24/02/25	SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
3	Gonzalez Fuentes Ana L.	04/08/2022	24/02/25	SI [X] NO [ ]	AliansSalud		SI [ ] NO [ ]		
4	Ramirez Amado Helen S.	19/07/2022	24/02/25	SI [X] NO [ ]	Capital Salud		SI [ ] NO [ ]		
5	Romero Barajas Adriel B.	02/10/2022	24/02/25	SI [X] NO [ ]	CompenSar		SI [ ] NO [ ]		
6	Guio Ramirez Samuel A.	04/10/2022	24/02/25	SI [X] NO [ ]	Salud Total		SI [ ] NO [ ]		
7	Moheñez Oviedo Briani S.	12/08/2022	24/02/25	SI [X] NO [ ]	Famisanar		SI [X] NO [ ]		
8				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
9				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
10				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
11				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
12				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
13				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
14				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
15				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
16				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
17				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
18				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
19				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
20				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
21				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
22				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
23				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		
24				SI [ ] NO [ ]			SI [ ] NO [ ]		

JARDÍN INFANTIL TUNA ALTA OTERO
LISTA DE CHEQUEO DE CARPETAS
NIVEL _____

ECHA DE REVISIÓN _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____/ _____

lo	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FICHA SIRBE	HOJA DE MATRICULA	REGISTRO CIVIL	CRECIMIENTO Y DESARROLLO		CERTIFICADO DE AUDIOMETRIA	CERTIFICADO OPTOMETRIA	CERTIFICADO MEDICO	CERTIFICADO ODONTOLOGICO	CERTIFICADO EPS	CARNÉ DE VACUNAS				FOTOCOPIA DOCUMENTOS DE IDENTIDAD		CERTIFICADO LABORAL		AUTORIZACIÓN	PUNTAJE SISBEN	RECIBO PÚBLICO	OBSERVACIONES
							FECHA ACTUAL	FECHA DE VENCIMIENTO						ÚLTIMA VACUNA	FECHA ÚLTIMA VACUNA	PRÓXIMA VACUNA	FECHA PRÓXIMA VACUNA	MAMÁ	PAPÁ	MAMÁ	PAPÁ				
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									