ACTA N° 01

ACTA DE JORNADA DE VACUNACIÓN

Alianza por la Salud y el Bienestar Infantil

Subred

Lugar: Jardín Salamandra

Fecha: 20 de Mayo de 2026

En este día se llevó a cabo la jornada de vacunación correspondiente, donde se atendieron a los niños y niñas de los diferentes niveles del jardín salamandra dentro de las instalaciones . Durante este proceso, contamos con la presencia activa de los padres de familia y acudientes, quienes estuvieron presentes en todo momento. A ellos se les brindaron todas las indicaciones respectivas relacionadas con cada una de las vacunas que se aplicarían, así como también se les explicó detalladamente la importancia de cada una de las vacunas que se estaban suministrando en el momento a los menores, con el fin de que comprendieran los beneficios y la finalidad de este proceso para la salud de sus hijos.

A continuación se detalla el registro de la atención brindada:

GRUPO EDUCATIVO	CANTIDAD DE NIÑOS Y NIÑAS VACUNADOS
Párvulos (1)	2
Párvulos (2)	0
Maternal (1)	4
Maternal (2)	1
Caminadores (2)	2
Caminadores (1)	0
Prejardines	0

IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN LOS NIÑOS Y NIÑAS

Las vacunas constituyen una de las medidas de salud pública más efectivas y seguras que existen, y juegan un papel fundamental en el desarrollo y bienestar de los niños y niñas. Su importancia radica en múltiples aspectos que protegen tanto a cada menor como a toda la comunidad:

1. Protección contra enfermedades graves: Las vacunas ayudan a prevenir el contagio de enfermedades que pueden ser muy peligrosas, causar discapacidades permanentes o incluso poner en riesgo la vida, como enfermedades respiratorias, infecciones en órganos, parálisis, daños cerebrales y otras complicaciones severas. Al aplicarlas, se fortalece el sistema inmunológico de los niños y niñas, preparándolo para defenderse de gérmenes y virus sin sufrir las consecuencias graves de estas enfermedades.

2. Prevención de brotes: Cuando un gran número de personas se vacuna, se crea una protección colectiva. Esto significa que incluso aquellos que no pueden ser vacunados —por condiciones de salud especiales— también se encuentran protegidos, ya que se reduce la probabilidad de que las enfermedades se propaguen y lleguen a ellos. De esta forma, se cuida a toda la comunidad educativa y familiar.

3. Contribución al desarrollo integral: Al mantener a los niños y niñas sanos, las vacunas les permiten asistir regularmente al jardín, participar en sus actividades de aprendizaje, juego y convivencia, lo cual es esencial para su crecimiento físico, emocional y social. Sin enfermedades que los afecten, pueden desarrollar sus capacidades al máximo y disfrutar de su etapa de infancia sin interrupciones.

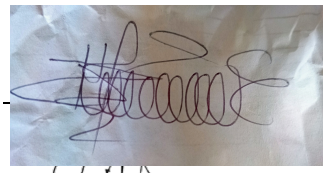
4. Seguridad y confianza: Todas las vacunas pasan por rigurosos procesos de investigación, pruebas y control por parte de las entidades de salud, lo que garantiza que son seguras y adecuadas para cada edad. Cumplir con el esquema de vacunación es una forma de garantizar que los niños y niñas crezcan fuertes, sanos y preparados para enfrentar los retos de su vida.

Por todo lo anterior, la aplicación de las vacunas es un compromiso entre el jardín, las familias y las instituciones de salud, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud y el bienestar de todos los menores.

OBSERVACIONES:

Durante la jornada se presentó la situación que algunos niños y niñas del grupo de Prejardines no fueron atendidos. Esto se debió a que el tiempo asignado no alcanzó para cubrir la totalidad de la población, por lo que quedaron pendientes de ser vacunados menores de este grupo. Se informará oportunamente a las familias para coordinar una nueva fecha para completar este proceso, garantizando así que todos reciban la protección que necesitan.

FIRMAS:



DIANA ELIZABETH MORALES MARTINEZ

YENI PATRICIA MORALES MARTINEZ

Elaboró: **DIANA ELIZABETH MORALES MARTINEZ**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Antony Mateo Lopez Cruz y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: laura Valentina Cruz Ortiz CC 1000213582
Nombre Padre: _____ CC _____

Nombre completo de la niña o del niño: Antony Mateo Lopez Cruz
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1206230413
Fecha nacimiento de la niña o niño: 05/06/2024 Edad: 23 meses
Aseguradora: _____
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado ___ Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: Calle 75 A Sur # 27-22
Barrio: Bella Flor la Torre Localidad: Ciudad Bolivar
Teléfono: _____ Celular: 3227945048
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3009353924
Correo electrónico: lauvaleco@outlook.com

Firma Responsable/Acudiente: _____ CC 1000213582

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Derck molina vinitez y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____, la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: luisa Gabriela Vinitez CC 1087110451
Nombre Padre: Jhonis Molina Monzone CC 1193578123

Nombre completo de la niña o del niño: Derck Johan molina hinitez
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1033 836 788
Fecha nacimiento de la niña o niño: 22-01-2025 Edad: 1 AÑO
Aseguradora: Sanitas
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado X Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: cr 26 G # 75 A-45 Sur
Barrio: Bella Flor Localidad: ciudad bolivar
Teléfono: 3014932929 Celular: 3123128974
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3014932929
Correo electrónico: molinamonzona@gmail.com

Firma Responsable/Acudiente: _____ CC 1193578123

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Snyder Fidel calderon conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Ayesmid Anaconq CC 1082778064
Nombre Padre: Gurado Fidel alderon CC 1004049310

Nombre completo de la niña o del niño: Snyder Fidel Calderon Anaconq
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1245082963
Fecha nacimiento de la niña o niño: 23/oct/2024 Edad: 18 meses
Aseguradora: Capital Salud
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado X Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: cr 26 chs #75 c16 sur
Barrio: Bella flor Localidad: ciudad bolivar
Teléfono: 3228310273 Celular: 3109608003
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: _____
Correo electrónico: _____

Firma Responsable/Acudiente: Ayesmid Anaconq CC 1082778064

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Ailanny Salome Chicaiza Mendez y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Tatiana Chicaiza Mendez CC 1023979402
Nombre Padre: Daniel Alejandro Parra CC 1007694991

Nombre completo de la niña o del niño: Ailanny Salome chicaiza Mendez
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1111208797
Fecha nacimiento de la niña o niño: 18/02/2025 Edad: 14 Meses
Aseguradora: Nueva EPS
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado X Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: calle 73b Sur #26F-45
Barrio: Bella flor Localidad: Ciudad Bolivar
Teléfono: _____ Celular: 3209124130
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3027476130
Correo electrónico: tatianithamendez2@gmail.com

Firma Responsable/Acudiente: Tatiana Chicaiza CC 1023979402

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

TECNO POVA 5

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

Fecha: 20/05/2026.

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño nohomy celeste Avila y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** ____, la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: lizeth sofa Huertas CC 1024538011
Nombre Padre: wilinton Fernando Avila CC 1056322354

Nombre completo de la niña o del niño: nohomy celeste Avila Huertas
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1214508147
Fecha nacimiento de la niña o niño: 14/10/2025 Edad: 7 meses
Aseguradora: capital salud
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado X Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: cll 73 B sur 26 c 75
Barrio: Bella Flor Localidad: ciudad bolivar
Teléfono: 3238516522 Celular: 3021078336
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 310 880 5861
Correo electrónico: lizethHuertas4949@gmail.com

Firma Responsable/Acudiente: lizeth Huertas CC 1024538011

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Wilmar Steben Ibarra y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____, la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Katerin Martinez CC 1019092771
Nombre Padre: Jhon Ibarra CC 1192720084

Nombre completo de la niña o del niño: Wilmar Steben Ibarra Martinez
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1024618398
Fecha nacimiento de la niña o niño: 01/21/24 Edad: 2 y 4 meses
Aseguradora: Salud total
Régimen: Contributivo X Subsidiado ___ Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: Carrera 27F #63D06
Barrio: Bella Flor Localidad: Ciudad Bolivar
Teléfono: _____ Celular: 3243211955
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 314 3906740
Correo electrónico: Katerinmartinez165@gmail.com

Firma Responsable/Acudiente: Katerin Martinez CC 1019092771

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Aaron Smith Baquero R. y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Emili Julieth Rojas Lucas CC 1013681116
Nombre Padre: Jorge Armando Baquero CC 1000466604

Nombre completo de la niña o del niño: Aaron Smith Baquero Rojas
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1024617086
Fecha nacimiento de la niña o niño: 14-Septiembre-2023 Edad: 2 años
Aseguradora: Famisanar Cafam
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado X Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: Cll 75 sur #27 A-05
Barrio: Bellaflor Localidad: Ciudad Bolivar
Teléfono: 3214552072 Celular: 3249402416
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3249402416
Correo electrónico: Emilyrojas@gmail.com

Firma Responsable/Acudiente: Emili Rojas CC 1013681116

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL**	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO - 20/05/2026

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Keiry Julieth monterrosa y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** X, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Karen Julieth Portela CC 1000518373
Nombre Padre: _____ CC _____

Nombre completo de la niña o del niño: Keiry Julieth monterrosa Portela.
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1026606809
Fecha nacimiento de la niña o niño: 15-May-2025 Edad: 1 y 2 meses
Aseguradora: Salud total
Régimen: Contributivo X Subsidiado ___ Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: Tv 76 Bis C N 75 a 09 Sur
Barrio: Bella Flor Localidad: Ciudad bolivar
Teléfono: _____ Celular: 3114719092
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3163577737
Correo electrónico: _____

Firma Responsable/Acudiente: Karen Portela CC 1000518373

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO - 20/05/2026

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Lilith Sofia Beltran Pardo y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** x, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Karen Sofia Pardo Rincon CC 1000469851
Nombre Padre: Jesus Edoardo Beltran Vargas CC 1033677028

Nombre completo de la niña o del niño: Lilith Sofia Beltran Pardo
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1255418310
Fecha nacimiento de la niña o niño: 14 - julio - 2025 Edad: 10 meses
Aseguradora: Capital Salud
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado x Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: DG 71 A sur 27 44 01
Barrio: DG 71 - El Paraiso Localidad: ciudad Bolivar
Teléfono: _____ Celular: 3217038886
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3508133868
Correo electrónico: sofiapardorincon@gmail.com

Firma Responsable/Acudiente: _____ CC 1000469851

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO - 20/05/2026

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Ethan Joel Monguí y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** x, o **NO** ____, la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Yury Andrea Ochoa J. CC 1028661589
Nombre Padre: _____ CC _____

Nombre completo de la niña o del niño: Ethan Joel monguí Ochoa
No. documento de identificación de la niña o del niño: _____
Fecha nacimiento de la niña o niño: 28/Marzo/2026 Edad: 14 Meses
Aseguradora: Capital Salud
Régimen: Contributivo ___ Subsidiado x Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: Cll 70DBIS Sur #20-59
Barrio: Brisas del Volador Localidad: Ciudad Bolivar
Teléfono: 3108121389 Celular: 322 870 2388
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 310 666 55 10
Correo electrónico: yury andrea ochoaleon@gmail

Firma Responsable/Acudiente: Yury Ochoa CC 1028661589

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO AUTORIZACIÓN O DISENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN INICIAL	Código: FOR-PSS-157 Versión: 0 Fecha: Memo Int. 21813 – 23/04/2018 Página: 1 de 1

SUBDIRECCIÓN LOCAL: CIUDAD BOLIVAR

UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL SALAMANDRA

SERVICIO SOCIAL: COFINANCIADO - 20/05/2026

"El Programa Ampliado de Inmunización tiene como objeto la erradicación, eliminación o control de enfermedades prevenibles por vacunas."

El Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías Distritales de Salud e Integración Social, interesadas en la salud de las niñas y los niños del Distrito, ofrecen la vacunación a todas las niñas y los niños de 0 a 5 años de manera gratuita.

Como adulto responsable de la niña o del niño Evelin Adhara Quiceno M. y conociendo los beneficios que aporta la vacunación, autorizo **SI** __x__, o **NO** _____,la aplicación del esquema básico de vacunación.

En caso de **NO** autorizar, por favor indique el/los motivos de la decisión y diligencie todos los datos de la niña o del niño:

_____

_____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen los requisitos de calidad y seguridad de acuerdo con las normas vigentes.
2. Algunas vacunas aplicadas pueden ocasionar reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y/o malestar general.

Nombre Madre: Maritza Medina Rincon CC 1027520952
Nombre Padre: Didier Quiceno sedano CC 1005701667

Nombre completo de la niña o del niño: Evelin adhara Quiceno Medina
No. documento de identificación de la niña o del niño: 1024621155
Fecha nacimiento de la niña o niño: 16-Mayo-2025 Edad: 1 año
Aseguradora: _____
Régimen: Contributivo x Subsidiado ___ Vinculado ___ Especial ___ Excepción ___

Dirección Residencia: Diagonal 73 Bis sur W-27-b30
Barrio: paraiso Localidad: ciudad bolivar
Teléfono: 3125654372 Celular: 3143536037
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: 3125656427
Correo electrónico: _____

Firma Responsable/Acudiente: Maritza Medina CC 1027520952

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos"