

HOGAR INFANTIL EL TRENCITO



Fe y Alegría
COLOMBIA



ARTICULACIÓN MES DE MARZO: SUB-RED CENTRO ORIENTE: PLAN DE CUIDADO ESCOLAR JARDINES INFANTILES 2026

Fecha: marzo 2026

Objetivo:

- Enseñar a los padres de familia la importancia de una alimentación balanceada, incentivando un mayor consumo de frutas y verduras mediante la explicación sencilla de sus beneficios para el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades, así como su influencia en la energía, el bienestar general y el rendimiento escolar de los niños.
- Fortalecer la importancia del acompañamiento y la supervisión durante los tres momentos del cepillado dental en niños y niñas, garantizando el uso adecuado de los elementos de higiene oral.
- Educar a los niños y niñas, de forma lúdica, sobre la importancia de los momentos adecuados del lavado de manos, como medida fundamental para prevenir la propagación de enfermedades.

Desarrollo de la agenda

Se realizan tres actividades durante el mes buscando garantizar el bienestar integral de los niños y las niñas del hogar infantil

En un primer encuentro se trabaja con las familias a la hora de ingreso abordándolos desde una charla donde se incluyen elementos visuales pretendiendo guiar a los padres de familia en el conocimiento e implementación una alimentación balanceada, incentivando un mayor consumo de frutas y verduras mediante la



explicación sencilla de sus beneficios para el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades, así como su influencia en la energía, el bienestar general y el rendimiento escolar de los niños.

Se trabaja con los niveles de pre jardín y jardín en dos encuentros diferentes de manera que el trabajo sea de impacto y recordación para los niños y niñas un primer encuentro con jardines el día 18 de marzo y un segundo encuentro el 24 de marzo donde mediante el arte, música y la lúdica, se realizaron juegos en los cuales se abordaron temáticas como grupos de alimentos, identificación de los nombres de los alimentos, incentivando al consumo de frutas y verduras, cereales y carnes para su desarrollo y crecimiento, se explicó a los niños y niñas lo importante que es cuidar los dientes (comer, reír, hablar, cantar) enfatizando en la frecuencia del cepillado de dientes

Se animó a los niños y las niñas a practicar este hábito regularmente mediante personificación del hada de las manitos, con el fin de reducir significativamente el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas. Se explicó los elementos necesarios



A group of people, including children and adults, are gathered outside a building. Several individuals are wearing blue jackets with a cartoon character on the back. A table with a red and white checkered tablecloth is visible on the left.



 <https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



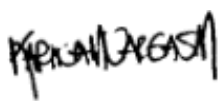
<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito

Fe y Alegría Colombia



FIRMA 

NOMBRE: Karina M. Vargas M.

CARGO: Apoyo Psicosocial

HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



Fe y Alegría
COLOMBIA

<https://www.feyalegria.org.co>



HOGAR INFANTIL EL TRENCITO



Fe y Alegría
COLOMBIA



Fecha: 16 de abril 2026

ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL- SUB-RED CENTRO ORIENTE

JORNADA DE VACUNACIÓN

OBJETIVO: Dinamizar actividades con entidades que permitan contribuir a fortalecer el trabajo con los beneficiarios, familias y talento humano con el fin de orientar el acceso a servicios que garanticen el bienestar integral de los niños y niñas.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Teniendo en cuenta las diversas alertas por fiebre amarilla y que a partir de los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS con relación al cambio de esquema de vacunación Nacional refuerzos 18 meses y 5 años; se tiene establecido que a partir del **1 de enero de 2023** se debe vacunar a todos los niños(as) del territorio nacional con:

- Una dosis de refuerzo SRP (Triple viral Sarampión- Rubéola - Paperas) a niños mayores de 18 meses de edad; para lo anterior, se debe garantizar la aplicación de 2 dosis para todos los niños y niñas mayores de 18 meses hasta los 10 años 11 meses 29 días. Enfatizando que el refuerzo de los cinco años se adelantó a los 18 meses de edad y los niños de 2, 3, 4 y 5 años de edad, quienes ya cuentan con su primera dosis de SRP se debe aplicar dosis de refuerzo de SRP y vacunar a niños de 18 meses de edad con primer refuerzo de Pentavalente en lugar de DPT.
- Dado que el virus del sarampión es sumamente contagioso y que sigue en circulación, al igual que el virus de la rubéola, en el resto del mundo, la región corre el riesgo de que ocurran brotes de estas enfermedades. "Mantener la eliminación en un mundo cada vez más interconectado será un reto puesto que los países enfrentan el peligro constante de importación y reintroducción de los virus, lo que puede poner en riesgo el progreso que han alcanzado".



- Dosis SR (Sarampión Rubéola) a los niños, susceptibles (no vacunados), de la cohorte (nacidos del 1 enero de enero de 2010 a 31 de diciembre de 2019. Al no tener la dosis aplicada de SR, se debe priorizar y garantizar el esquema con SRP (dos dosis) y al mes aplicar SR
- Para la puesta en marcha la prevención y el control de la meningitis por Hib ampliando el acceso a niños de 18 meses de edad con una cuarta dosis de pentavalente (refuerzo de Hib), evidenciando el beneficio en situaciones, donde se han reportado casos de enfermedad invasiva en niños con esquema completo y decide el cambio de vacuna pentavalente en reemplazo de DPT como refuerzo a los 18 meses de edad.

Se realiza articulación con la subred integrada de servicios de salud red centro oriente para llevar a cabo jornada de vacunación con niños y niñas usuarios y comunidad aledaña al hogar infantil el trencito, de manera que desde el trabajo en conjunto se siga aportando para garantizar el cumplimiento de derechos y el acceso a los servicios que permitan un bienestar integral para un desarrollo pleno y saludable.

Actividad por realizar:

1. Se realiza articulación con la subred integrada de servicios de salud red centro oriente a través de su líder referente líder para la vacunación en la localidad de Rafael Uribe realizar jornada de vacunación en las instalaciones del hogar infantil el trencito el día 16 de abril /2026
2. Se realiza difusión entre las familias usuarias para invitarlos a la jornada de vacunación haciendo énfasis en la importancia de cumplir con los esquemas para garantizar la salud de niños y niñas.



3. Desde las 10:00 a.m. la subred hace presencia en el hogar infantil lo que permite una verificación para identificar casos particulares a quienes se llama de manera inmediata, partir de las 12:00 del mediodía se inicia jornada de vacunación, logrando en esta ocasión vacunar a 28 niños y niñas que tenían pendientes completar sus esquemas de vacunación.

RECURSOS

- Articulación con subred centro oriente
- Invitación a los padres de familia
- Instalaciones hogar infantil el trencito

Karina Mabel Vargas

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2024 04 16	Jornada de vacunación hogar infantil el trencito	10:00.	4:00

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
	Francy Bogotá

1. Objetivo de la reunión:
Realizar Jornada de vacunación de carne de vacunas aplicación de Biológicos faltantes en el Hogar infantil, el trencito.

2. Temas a tratar: Saludo - Presentación - Ubicación limpieza y desinfección del lugar donde se llevara a cabo la Jornada lavado de manos, vacunación - Registro - anamnesis - vacunación.

3. Desarrollo: Se da inicio a la Jornada de vacunación en el hogar infantil el trencito ubicado en, Cl 49D 3C 80 sur Barrio pedrera sur localidad Rafael Uribe se presentan la auxiliar de enfermería Francy Bogotá y el Registrador Bayron Rondon con la directora Diana Martinez y la psicosocia Karine vergara quien nos hablan en un aula organizada y acorde para la jornada, se inicia con vacunación de carpeta por carpeta un total de 132 con el proposito de realizar la vacunación del carne de vacunas de los niños vacunados en la institución, se verifica en aplicativos pñstital y nacional, en la jornada estuvo cada padre y madre de familia con el nombre a quienes se realiza la correspondiente anamnesis para identificar posibles causas de no vacunación como alergias a los componentes de la vacuna, fiebre en los últimos 24 horas, reacciones con vacunas anteriores, convulsiones donde ningún menor según lo manifestado por los padres o accidentes tenía algún impedimento para vacunarse. Se realiza lavado de manos para iniciar con la vacunación previo registro en SIS se hace entrega de carne a 3 niños quienes por diferentes causas no contaban con el mismo.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CODIGO: ET-CO-FT-001
VERSION: 05

FORMATO ACTA DE REUNIÓN

FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2026 04 16	Jornada de vacunación Hogar infantil en terreno		

3. Desarrollo (Continuación):

Se evidenció que la mayoría de los niños y niñas cuentan con esquema de vacunación completo, aunque se identificaron casos puntuales de niños con esquemas incompletos o pendientes a todos los niños que existieran. Se les aplicó vacuna influenza 2026, de acuerdo a la edad. así mismo se completaron esquemas.

Como resultado de la Jornada participación menores de los Aules de parvulos A y B pre jardín A y B. donde se vacunaron los siguientes dosis: 5 primer Refuerzo, 9 Dosis de vacuna 9 Dosis de Hepatitis A. 2 Dosis de Neomococo dosis única. 20 dosis de influenza a niños mayores de 3 años 9 Dosis de influenza a menores de 2 años. Se hace el registro de carne en día fecha actual, laboratorio, fecha de vencimiento de 1 Biológico -1PS vacunación -1 Axillier vacunación cada padre de familia realiza la firma de consentimiento informado por cada menor se informaron reacciones posibles por las vacunas como fiebre, dolor, inflamación en el sitio de la vacuna, Brote por vacuna sarampión Rubéola y parotiditis. Se informó los cuidados en las zonas vacunadas como no tocar no rozar, no aplicar cremas o remedios locales. únicamente agua fría directamente de la llave. toma de temperatura cada 2 horas medidas físicas para control de temperatura. Durante la Jornada no se presentaron novedades, se realizó acta y firma de los mismos.

Se entregaron carpetas a la PSICASOCIAL en buen estado y completas.

2. Escriba que el personal en presencia de enfermeras actuales o si se encuentra en embarazo.
3. Informe al personal de vacunación si sobre de alergias o enfermedades actuales o si se encuentra en embarazo.
4. Solicite al personal del servicio de vacunación abrir el biológico o vacuna en su presencia, verifique fecha de vencimiento y que el biológico corresponda al solicitado.
5. Usted tiene derecho a estar informado de: Número de vacuna o esquema completo de la vacunación y fecha próxima de las siguientes dosis.
6. El usuario es el principal responsable del cuidado y vigilancia durante el proceso de la aplicación de la vacuna, en caso de menores de edad el responsable será el acompañante.
7. Verifique que el personal realice un adecuado lavado de manos y/o desinfección antes de la aplicación del biológico.
8. El auxiliar de enfermería realiza cuidados post-vacunales (medios físicos) y posibles reacciones post-vacunales (fiebre, dolor local, inflamación, eritema, vómito, diarrea).
9. Señor usuario tenga en cuenta los siguientes síntomas: Fiebre persistente mayor de 38°C-Llanto incontrolable por más de 3 horas- aumento del dolor y enrojecimiento en el sitio de la aplicación de las vacunas, somnolencia y/o convulsión, si uno de los anteriores síntomas se presenta controle inmediatamente el servicio de urgencias más cercano.

Consentimiento informado: Se me ha informado verbalmente y por escrito las recomendaciones que debo tener en cuenta durante y después del procedimiento de vacunación y se me hace entrega de dicha información en físico. A través de este anexo se relaciona todo con respecto al procedimiento de vacunación (beneficios, riesgos y consecuencias) y las situaciones futuras que puedan presentarse en caso de no realizarse. He tenido la oportunidad de aclarar inquietudes y manifiesto que he entendido las explicaciones brindadas.

Esta es la manera de cuidar de la salud de todos responsablemente, contamos con su participación....Muchas Gracias!

No.	FECHA	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	EDAD	DIRECCION	TELEFONO	EDUCACION	FIRMA USUARIO	OTROQUE BIOLOGICO Y DOSIS ADMINISTRADA
1	16/4/26	Alan Mathias Guerra	1243861936	1 AÑO	Cl 32 D SUR 5A 43	3028216130	Ciudadanos postvacunales	RO SAR I TINGU	
2	16/4/26	Emmy Quintana	1206229025	2 AÑOS	Dg 54 SUR 3 44	3228718551	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
3	16/4/26	Eylenlucio Zela Zela	1033832796	3 años	Cl 51 N 5B 25	3053952886	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
4	16/4/26	Emmy Verite Muñoz	1063730700	3 AÑOS	Kr 2A 49 SI SUR	3222834081	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
5	16/4/26	Anguil Puentes Briceño	1021647120	3 AÑOS	Cl 51 A SUR 4B 39	3203721676	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
6	16/4/26	Alex Santiago Vitecano	1581765926	4 AÑOS	Kr 30 Cte 49C 13 SUR	3132464711	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
7	16/4/26	Eithan Zambrano	1030716161	1 AÑO	Cl 60 A SUR 4 este 54	3204718929	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
8	16/4/26	Ian Zambrano	1047974030	4 AÑOS	Cl 66 A SUR 4 este 54	3204718929	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
9	16/4/26	Dominic Pereira Puentes	1023991720	3 AÑOS	TV 53 3 2A	3208091786	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
10	16/4/26	Genesis Venecia Carrillo	1045769608	4 AÑOS	Cl 51 C SUR 3f 59	3001706763	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
11	16/4/26	Rotcehit Salazar	8055356	4 AÑOS	Kr 4B 89 62	3114150387	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
12	16/4/26	Ricardo Chatoz	1023993111	2 AÑOS	Dg 52 SUR 04 D 41	3143928855	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
13	16/4/26	Gabriela Cortes Torre	1034405543	3 AÑOS	Kr 2B 48 T 16 SUR	3229114262	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
14	16/4/26	Hansi Sophia Sanchez	306250101	3 AÑOS	Kr 2C Cte 48 SUR 23	3124523399	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
15	16/4/26	Samuel David Calderon	1015997755	4 AÑOS	Kr 40 SI 15 SUR	325636120	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
16	16/4/26	Maria Celeste Patencia	1023995180	1 AÑO	Kr 4 G 5 C 51	3219767705	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
17	16/4/26	Mig Samara Caicedo	1026606196	1 AÑO	Cl 51 C SUR 4 19	3042236355	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
18	16/4/26	Cristian Samuel Gutierrez	1021697731	2 AÑOS	Dg 52 BIS A SUR 43A	3108019161	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
19	16/4/26	Jean Alejandro Heras	1031187865	4 AÑOS	Kr 40 52 62	3228274471	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	
20	16/4/26	Monigose Naranjo	101264307	3 AÑOS	Kr 40 52 B 03 SUR	3137909913	Ciudadanos postvacunales	kyngie influenza	

CENTRO DE ATENCIÓN: 5200
RESPONSABLES: Fanny Bogaña CARGO: Nuc. enfermera

Señor Usuario:

1. Presentar siempre el carnet de vacunación.
2. Escribir que el personal de servicio revise el carnet de vacunación antes de aplicarle cualquier vacuna.
3. Informar al personal de vacunación si sufre de alergias o enfermedades actuales o si se encuentra en embarazo.
4. Solicitar al personal del servicio de vacunación abrir el biológico o vacuna en su presencia, verifique fecha de vencimiento y que el biológico corresponda al solicitado.
5. Usted tiene derecho a estar informado de: Número de vacuna o esquema completo de la vacunación y fecha próxima de las siguientes dosis.
6. El usuario es el principal responsable del cuidado y vigilancia durante el proceso de la aplicación de la vacuna, en caso de menores de edad el responsable será el acompañante.
7. Verifique que el personal realice un adecuado lavado de manos y/o desinfección antes de la aplicación del biológico.
8. El usuario de enfermería indica cuidados post-vacunales (medios físicos) y posibles reacciones post-vacunales (fiebre, dolor local, inflamación, eritema, vómito, diarrea).
9. Solicite usuario tenga en cuenta los siguientes síntomas: Fiebre persistente mayor de 38°C, Llanto incontrolable por más de 3 horas, aumento del dolor y enrojecimiento en el sitio de la aplicación de las vacunas, somnolencia y/o convulsión, si uno de los anteriores síntomas se presenta consulte inmediatamente el servicio de urgencias más cercano.

10c 18

Consentimiento informado: Se me ha informado verbalmente y por escrito las recomendaciones que debo tener en cuenta durante y después del procedimiento de vacunación y se me hace entrega de dicha información en físico. A través de este acceso se relaciona todo con respecto al procedimiento de vacunación (beneficios, riesgos y consecuencias) y las situaciones futuras que puedan presentarse en caso de no realizarse. He tenido la oportunidad de aclarar inquietudes y manifestar que he entendido las explicaciones brindadas.

Esta es la manera de cuidar de la salud de todos responsablemente, contamos con su participación... Muchas Gracias!

Nº	FECHA	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	EDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EDUCACIÓN	FIRMA USUARIO	Debe ser diligenciado por el personal de enfermería BIOLÓGICO Y Dosis ADMINISTRADA
1	16/4/26	Emily Ramirez Rardon	1033832418	3 AÑOS	Cl 30 CSU 41316	320640144	Cuidados postvacunales	Agilard	Influenza
2	16/4/26	Andrés Santiago Castro	1013051384	2 AÑOS	Tr 5 49 D 06 SUR	3134394300	Cuidados postvacunales	Angela	Influenza
3	16/4/26	Enick Esteban Cortel	1021697239	3 AÑOS	Tr 4 B 52 20 SUR	3218438188	Cuidados postvacunales	Sandra	Influenza
4	16/4/26	Maitlyn Sofia Riera	1028675621	4 AÑOS	Dg 52 B15A 4 45 SUR	313300697	Cuidados postvacunales	Angela	Influenza
5	16/4/26	Martin feronimo Pinton	1023194440	2 AÑOS	Cl 51 SUR 5B 12	5211380784	Cuidados postvacunales	Angela	R1 + INFLU
6	16/4/26	Jaidel Carranza	1016751916	4 AÑOS	Tr 41 52 B21 SUR	3107888425	Cuidados postvacunales	Marta	Influenza
7	16/4/26	Mia celeste Perez	1033834224	2 AÑOS	Cl 52 4 63	3058163780	Cuidados postvacunales	Angela	R1 + INFLU
8	16/4/26	Iam Mathias Perez	1033727677	3 AÑOS	Cl 52 4 63	3058163780	Cuidados postvacunales	Angela	Influenza
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2024 04 16	Junta de vacunación Hogar infantil el beneficio	10:00	11:00

4. Compromisos Establecidos y Responsables

Qué	Quién	Cuando	Observaciones		
Tarea o Actividad	Responsable	Fecha límite	SI	No	
Realizar listado de niños constantemente para realizar actividades post vacunación	padres de familia	3 a 5 días			Superar sitio de aplicación de vacunas
Realizar actividades post vacunales como agua fria en el sitio de la vacuna, tomar temperatura	padres de familia	3 a 5 días			Estrotofe con cambios en temperatura o reacciones, no esperados post vacunación
continuar periódicamente revisando carne de vacunas y completar esquemas según la edad	padres de familia				Tener carne de vacunas en buen estado
Participar en Jornadas prestas por el Hogar infantil	padres de familia				enter con carne de vacunas original por registro de datos Administrados
Enviar periódicamente a Jornada a padres de familia y/o acudantes	Dirección del Hogar infantil				continuar con el mismo orden para así facilitar el éxito de la Jornada

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Maria Jose Navarrete Ceballos

Fecha de nacimiento: 18/12/2022 N° documento de identidad: 1011264307

Dirección: Cerud #52b-03 Barrio: La Paz Localidad: Rafael Uribe

Teléfono de contacto: 3013790993 Tipo de sangre RH B positivo

EPS: Sanitas Régimen: contributivo ☒ Subsidiado ☐ Otro ☐

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Mónica Johanna Ceballos

N° de documento de identidad: 1003980693 parentesco: Madre

Firma: [Firma] Fecha: 16 de abril 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Emily Valeria Ramírez Rendon

Fecha de nacimiento: 15-10-2022 N° documento de identidad: 10.33832418

Dirección: calle 80C Sur #4316 Barrio: la pradera Localidad: Papael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 320 614 0144 Tipo de sangre RH: A+

EPS: Salud Total Régimen: contributivo _____ Subsidiado ☒ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Diana Paola Rendon Lopez

N° de documento de identidad: 1000934535 parentesco: tia

Firma: Diana Rendon Lopez Fecha: 16-06-2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Andrés Santiago Castro Garzon

Fecha de nacimiento: 11-11-2023 N° documento de identidad: 1023051384

Dirección: Calle 5 # 49D 06 Sur Barrio: El Portal Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3225957573 Tipo de sangre RH O+

EPS: Sanitas Régimen: contributivo _____ Subsidiado X Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Camilo Andres Castro Mendoza

N° de documento de identidad: 1123801959 parentesco: Papá

Firma: Camilo Castro Fecha: 16/04/2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: MAI

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Mallya Sofia Rivera pinilla

Fecha de nacimiento: 21 Julio 2021 N° documento de identidad: 1028675621

Dirección: Dg 52 BISANZA Barrio: La paz china Localidad: uribe uribe

Teléfono de contacto: 3133006979 Tipo de sangre RH: O+

EPS: capita / salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado X Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.
- **⚠ Importante:**
- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación¹ para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Karin Liliana Rivera pinilla

N° de documento de identidad: 1033677271 parentesco: mama

Firma: Karin Liliana Rivera pinilla Fecha: 16-04-2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: Hogar Infantil El Trencito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Jaiden Carranza Gonzalez

Fecha de nacimiento: 18 MAYO N° documento de identidad: 1016751916

Dirección: 45 # 52B318N Barrio: LA PAZ Localidad: Napaele Oriente

Teléfono de contacto: 3017292796 Tipo de sangre RH: O

EPS: Solidaridad Régimen: contributivo _____ Subsidiado COFONOT Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: HERNAN CARRANZA

N° de documento de identidad: 930450741 parentesco: PAPÁ

Firma: Hernan Carranza Fecha: 16-04-2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Mia Celeste Perez Chapuis

Fecha de nacimiento: 30 sept. 2023 N° documento de identidad: 1033834229

Dirección: Calle 52 sur 4-63 Barrio: La Paz Localidad: Vafao urbe.

Teléfono de contacto: 3058163700 Tipo de sangre RH: A+

EPS: Compensar Régimen: contributivo X Subsidiado Otro

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Jelby Chapuis

N° de documento de identidad: 1033228045 parentesco: madre

Firma: Jelby Chapuis Fecha: 16 oct. 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: El trencito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Martin Jeronimo Pinton Gonzalez

Fecha de nacimiento: 10/01/2024 N° documento de identidad: 1023994440

Dirección: Calle 51 Sur #5 B-72 Barrio: el Portal Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3274380734 Tipo de sangre RH O+

EPS: Compensar Régimen: contributivo _____ Subsidiado x Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Juliana Gonzalez

N° de documento de identidad: 1033802153 parentesco: madre

Firma: Juliana G Fecha: 16/04/2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Viametias Pérez Chilibas

Fecha de nacimiento: 05/11/2022 N° documento de identidad: 1073727627

Dirección: calle 4-63 Barrio: La Piz Localidad: Rafael Uribe

Teléfono de contacto: 3058 163730 Tipo de sangre RH: O+

EPS: Compensar Régimen: contributivo X Subsidiado Otro

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Jenny Juliana P. Chilibas

N° de documento de identidad: 1023722045 parentesco: Mamá

Firma: Jenny Chilibas Fecha: 16 abril 2023

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Erick Esteban Cortes Palacios

Fecha de nacimiento: 05 agosto 22 N° documento de identidad: 1021697239

Dirección: Carretera 46528 sur Barrio: La Paz Localidad: Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3218438188 Tipo de sangre RH: A+

EPS: Sanitas Régimen: contributivo _____ Subsidiado X Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Sandra Patricia Patacor

N° de documento de identidad: 23801211 parentesco: abuela

Firma: Sandra Patacor Fecha: 16 abril - 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Botchehit Pamela Salazar Migliore

Fecha de nacimiento: 28-12-2021 N° documento de identidad: 8055356

Dirección: C. 4D 89-62 Barrio: La Paz Localidad: Rafael Uribe

Teléfono de contacto: 3114150387 Tipo de sangre RH: B+

EPS: Capital Salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado _____ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Claudia Patricia Migliore Rondón

N° de documento de identidad: 27003110 parentesco: mamá

Firma: Claudia Fecha: 16 de Abril 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Genesis Sofia Venecia Carrillo

Fecha de nacimiento: 07 Nov - 2021 N° documento de identidad: 1045769608

Dirección: Calle 51 Sur #3F-39 Barrio: La Paz Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3001706763 Tipo de sangre RH: O+

EPS: CoS Salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado X, Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
 - Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
 - Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
 - No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.
- ⚠ Importante:**
- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Linda Estefany Carrillo Acosta

N° de documento de identidad: 7007944746 parentesco: madre

Firma: Linda Carrillo Fecha: 16-04-2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Dominic Damian Becerra Puente

Fecha de nacimiento: 29-12-2023 N° documento de identidad: _____

Dirección: Tr.V. 53 - 327 Barrio: Donubio Localidad: Rafael Uribe U

Teléfono de contacto: 3208091788 Tipo de sangre RH _____

EPS: _____ Régimen: contributivo _____ Subsidiado _____ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Yamile Poin Rodríguez

N° de documento de identidad: 52124892 parentesco: Abuela

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: El Trancito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Eithan Matheus Zambrano Aguir

Fecha de nacimiento: 11-08-2024 N° documento de identidad: 1.030.716.161

Dirección: CL 60 SUR 4A Este 54 Barrio: Arrayanes III Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3209789291 Tipo de sangre RH O+

EPS: Capital Salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado ☒ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Genesis Michael Aguir Ustariz

N° de documento de identidad: 5350266 parentesco: Madre

Firma: Genesis A. Fecha: 16-04-26

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: El trencito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Ian Mathias Zambrano Aguir

Fecha de nacimiento: 08-09-21 N° documento de identidad: 1.047.974.030

Dirección: Ch 60 sur 4A este 54 Barrio: Arroyo yanes III Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3209789291 Tipo de sangre RH O+

EPS: Capital salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado ☒ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Genesis Michel Aguir Ustariz

N° de documento de identidad: 0303266 parentesco: Madre

Firma: Genesis A. Fecha: 16-04-26

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Abigail Puentes Briceño

Fecha de nacimiento: 22/05/22 N° documento de identidad: 2022697220

Dirección: Calle SIA # 40-29 Barrio: El Parí 112001 Localidad: Bogotá

Teléfono de contacto: 3203222876 Tipo de sangre RH: A+

EPS: Sanitas Régimen: contributivo _____ Subsidiado _____ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Luis Carlos Puentes Briceño

N° de documento de identidad: 2023628220 parentesco: Papa

Firma: [Firma] Fecha: 26/04/2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: _____

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Emma Sofía Vente Muñoz

Fecha de nacimiento: 22-04-26 N° documento de identidad: 1063 730 700

Dirección: CB-2A-49-SISN Barrio: Lana Luvay Localidad: Rafael Uribe

Teléfono de contacto: 322 283 4981 Tipo de sangre RH: O+

EPS: NUCBA EPS Régimen: contributivo Si Subsidiado _____ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Ypdelcy Muñoz Torres

N° de documento de identidad: 1003 098 430 parentesco: mamá

Firma: Ypdelcy Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: Jardín El Tronco

Nombres y apellidos completos del niño o niña: EBLEN LUCIA ZALAZARA

Fecha de nacimiento: 04/01/23 N° documento de identidad: 1033832796

Dirección: KMS 1 NSB25 Barrio: el postal Localidad: Bafellul

Teléfono de contacto: 305315 2696 Tipo de sangre RH: _____

EPS: S. Total Régimen: contributivo _____ Subsidiado ☒ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Rubalopez

N° de documento de identidad: 55143528 parentesco: Rbuela

Firma: Rubalopez Fecha: 16-Rboil del 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: Al El Trencho

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Emma Lucia Quintana Lartan

Fecha de nacimiento: 25/01/2023 N° documento de identidad: 1206229035

Dirección: Diagonal 54 Sur #3-44 Barrio: Palermo Sur Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3228318591 Tipo de sangre RH O+

EPS: C. Salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado X Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Solange Lartan

N° de documento de identidad: 1033816499 parentesco: Mamá

Firma: Solange Lartan Fecha: 16/Abr/2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: El Trancito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Hana Sophia Sanchez Melano

Fecha de nacimiento: 4/11/2022 N° documento de identidad: 1

Dirección: Hr 7 caste 48³⁰²³ Barrio: Diana Turbay Localidad:

Teléfono de contacto: 312 4523599 Tipo de sangre RH:

EPS: Capital Salud Régimen: contributivo Subsidiado Otro

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo):

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Gabriel del Jesús Melano H.

N° de documento de identidad: 30625010 parentesco: Madre

Firma: Gabriel Fecha: 16 de abril 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: el Insisto

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Ricardo Matias Chasoy Piobuero

Fecha de nacimiento: 25/06/2023 N° documento de identidad: 1023993111

Dirección: DG 57 SUR NO 40 41 Barrio: La Paz Localidad: Rafael Uribe

Teléfono de contacto: 3143728853 Tipo de sangre RH: negativo

EPS: Upisal Salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado _____ Otro X

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Yusbelis Carolina Piobuero Sandoz

N° de documento de identidad: 36172903 parentesco: Madre

Firma: [Firma] Fecha: 16/04/2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: B2

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Samuel David Calderón

Fecha de nacimiento: 01 10 2021 N° documento de identidad: 7632446155

Dirección: Carrera 4 D 5115 S Barrio: _____ Localidad: Rafael Uribe

Teléfono de contacto: 3125636120 Tipo de sangre RH: O

EPS: Alian Salud Régimen: contributivo _____ Subsidiado _____ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☐ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.
- ▲ Importante:
- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Elsy M. López

N° de documento de identidad: 65787500 parentesco: Abuela

Firma: Elsy M. López Fecha: 04 10 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: ITP

Nombres y apellidos completos del niño o niña: María Celeste Palencia Santofa

Fecha de nacimiento: 30.06.2024 N° documento de identidad: 1.023 995 120

Dirección: Km 49 # 56 Barrio: La Paz Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 321 976 7708 Tipo de sangre RH B+

EPS: Salud Total Régimen: contributivo X Subsidiado Otro

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo):

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Sandra Santofa

N° de documento de identidad: 1048932478 parentesco: Abuela

Firma: Sandra Fecha: 16.04.2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: El Trencito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Mia Samara Caicedo

Fecha de nacimiento: 07-08-24 N° documento de identidad: 1026606196

Dirección: Calle 51c Sur 4-19 Barrio: La Paz Localidad: Rafael Uribe U.

Teléfono de contacto: 3042236353 Tipo de sangre RH: 1 O+

EPS: Salud Total Régimen: contributivo _____ Subsidiado _____ Otro _____

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.
- **⚠ Importante:**
- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: SARA NICOL DUQUE

N° de documento de identidad: 1026552479 parentesco: Mama

Firma: SARA DUQUE Fecha: JUEVES 16 ABRIL 2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: El Tiencito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Christian Javier Gutierrez

Fecha de nacimiento: 17/10/2023 N° documento de identidad: 1021697731

Dirección: Dg 5261244 Barrio: La paz Localidad: Rosario Unibe

Teléfono de contacto: 3108019641 Tipo de sangre RH: A+

EPS: Compensar Régimen: contributivo ☐ Subsidiado ☒ Otro ☐

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo): _____

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Cielo Díaz

N° de documento de identidad: 1111333726 parentesco: madre

Firma: Cielo Díaz Fecha: 16/04/2026

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Estimados padres de familia y/o acudientes,

Como parte del Programa de Salud Pública, estamos llevando a cabo jornadas de vacunación en colegios, jardines y fundaciones con el objetivo de proteger a los niños contra enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo el riesgo de complicaciones que puedan requerir hospitalización, ingreso a UCI o incluso provocar la muerte.

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para vacunar a su hijo(a) según el esquema nacional vigente, en la institución educativa: Trencito

Nombres y apellidos completos del niño o niña: Zean Alejandro Henao Castañeda

Fecha de nacimiento: 05-09-21 N° documento de identidad: 1031187865

Dirección: Kra 40 #52-62 Barrio: La paz Localidad: Rafael Uribe Uribe

Teléfono de contacto: 3228274979 Tipo de sangre RH: A+

EPS: Salud total Régimen: contributivo X Subsidiado Otro

Autorizo la aplicación de las vacunas a mi hijo(a) o como representante legal según el esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

☒ Sí, autorizo la vacunación

☐ NO, no autorizo la vacunación (En caso de no autorizar, por favor indicar el motivo):

Cuidados después de la vacunación:

- Mantener al niño con ropa ligera y fresca.
- Tomar la temperatura con termómetro cada 3 horas, incluso en la noche.
- Si presenta fiebre mayor a 38°C, bañar con agua tibia y que tome abundantes líquidos. Si la fiebre no disminuye, acudir al centro de salud más cercano.
- No aplicar cremas, ungüentos ni realizar masajes en el sitio de vacunación.

⚠ Importante:

- El día de la jornada de vacunación, enviar el carné de vacunación para registrar las dosis aplicadas.

Nombre del padre/madre o acudiente: Maria Mirta Morro I T

N° de documento de identidad: 39723237 parentesco: Abuelita

Firma: Maria Mirta M. Fecha: 16-04-26



Fe y Alegría
COLOMBIA

<https://www.feyalegria.org.co>



HOGAR INFANTIL EL TRENCITO



Fe y Alegría
COLOMBIA



Fecha: 14 de mayo 2026

**ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL- POLICIA DE INFANCIA Y
ADOLESCENCIA : PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

OBJETIVO: Dinamizar actividades con entidades que permitan contribuir a fortalecer el trabajo con los beneficiarios, familias y talento humano con el fin de orientar el acceso a servicios que garanticen el bienestar integral de los niños y niñas.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

1. A las instalaciones del hogar infantil llegó equipo de comunidad de la policía de infancia y adolescencia con su estrategia de prevención de violencia sexual infantil.
2. Se inicia por instalar un teatrino, sonido y organización del espacio
3. Se ubican a todos los niños y niñas usuarios en el espacio del patio de jardines y prejardines
4. Se realiza presentación de la “ historia de Marcelita” donde se brinda herramientas a los niños y niñas para su autocuidado y la importancia de alzar la voz cuando algo genera incomodidad, y que los secretos no son buenos.
5. Se finaliza con un espacio de esparcimiento al ritmo de la música dirigido por la policía.

RECURSOS

- Articulación con policía de infancia y adolescencia Bogotá
- Instalaciones hogar infantil el trencito

PERICLA ARGENT



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



Karina Mabel Vargas

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



Fecha: 27 de mayo 2026

SUB-RED CENTRO ORIENTE: PLAN DE CUIDADO ESCOLAR JARDINES INFANTILES 2026

Objetivo:

- Enseñar a los padres de familia la importancia de una alimentación balanceada, incentivando un mayor consumo de frutas y verduras mediante la explicación sencilla de sus beneficios para el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades, así como su influencia en la energía, el bienestar general y el rendimiento escolar de los niños.
- Fortalecer la importancia del acompañamiento y la supervisión durante los tres momentos del cepillado dental en niños y niñas, garantizando el uso adecuado de los elementos de higiene oral.
- Educar a los niños y niñas, de forma lúdica, sobre la importancia de los momentos adecuados del lavado de manos, como medida fundamental para prevenir la propagación de enfermedades.

Desarrollo de la agenda

Se realizan tres actividades durante el mes buscando garantizar el bienestar integral de los niños y las niñas del hogar infantil

En este segundo encuentro se trabaja con los niños y niñas de los niveles de párvulos, prejardines y jardines, en duplas se aborda de una manera lúdica con títeres y disfraces acerca de la importancia de la buena higiene y autocuidado, se hace explicación sencilla de sus beneficios para el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades, así como su influencia en la energía, el bienestar general y el rendimiento escolar de los niños, se explicó a los niños y niñas lo



importante que es cuidar los dientes (comer, reír, hablar, cantar) enfatizando en la frecuencia del cepillado de dientes

Se animó a los niños y las niñas a practicar este hábito regularmente mediante personificación del hada de las manitos, con el fin de reducir significativamente el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas. Se explicó los elementos necesarios

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



RECURSOS

- Articulación con subred centro oriente
- Instalaciones hogar infantil el trencito

KARINA M. VARGAS M.

KARINA M. VARGAS M.
APOYO PSICOSOCIAL



Fe y Alegría
COLOMBIA

<https://www.feyalegria.org.co>



HOGAR INFANTIL EL TRENCITO



Fe y Alegría
COLOMBIA



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia

REUNION ARTICULACION TRAVESIAS CON SENTIDO- COLEGIO LA PAZ IED

Fecha: 14 de julio 2026

Hora inicio: 9:00 a.m.

Hora de finalización: 9:30 a.m.

Objetivo: Planear con el colegio actividades para llevar a cabo actividades para articular el proceso de travesías con sentido 2026

Se inicia por establecer objetivos a trabajar durante el proceso de transición, dentro de los cuales se establece conocer oferta del colegio, realizar taller de sensibilización con las familias acerca de la transición, conocer fechas para inscripciones para el 2027.

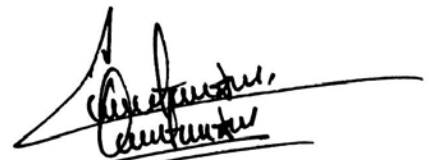
Fechas tentativas:

- Taller de sensibilización: 5 de agosto
- Recorrido al colegio: 2 de octubre

Compromisos: Socializar con la coordinadora académica del colegio para confirmar fechas, estructurar el taller de sensibilización, confirmar participación de compensar.

En constancia firman:


Mariacarmen
Psicosocial HI El Trencito


Cristian Camilo Ortega.
ORIENTADOR ESCOLAR
COLEGIO LA PAZ IED.

HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia

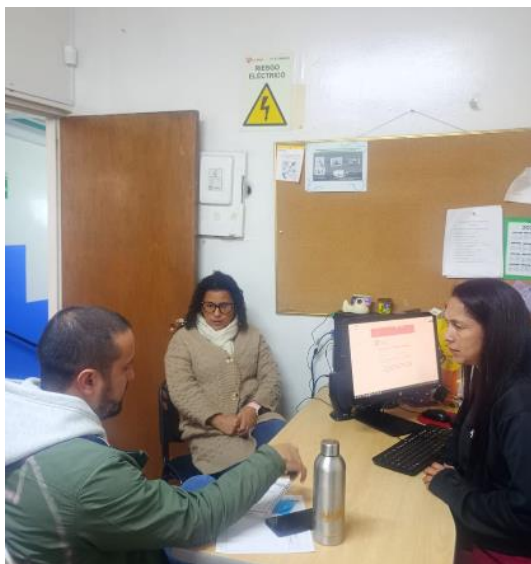


<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



Fe y Alegría
COLOMBIA

<https://www.feyalegria.org.co>



HOGAR INFANTIL EL TRENCITO



Fe y Alegría
COLOMBIA



Fecha: 13 de agosto 2026

ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL- SUB-RED CENTRO ORIENTE
BIENESTAR INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA

OBJETIVO: Objetivo:

- Enseñar a los padres de familia la importancia de una alimentación balanceada, incentivando un mayor consumo de frutas y verduras mediante la explicación sencilla de sus beneficios para el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades, así como su influencia en la energía, el bienestar general y el rendimiento escolar de los niños.
- Fortalecer la importancia del acompañamiento y la supervisión durante los tres momentos del cepillado dental en niños y niñas, garantizando el uso adecuado de los elementos de higiene oral.
- Educar a los niños y niñas, de forma lúdica, sobre la importancia de los momentos adecuados del lavado de manos, como medida fundamental para prevenir la propagación de enfermedades.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se trabaja con todos los niveles caminadores, párvulos, pre jardín y jardín en un encuentro que tuvo una duración de una hora por nivel donde mediante el arte, música y la lúdica, se realizaron juegos en los cuales se abordaron temáticas como grupos de alimentos, identificación de los nombres de los alimentos, incentivando al consumo de frutas y verduras, cereales y carnes para su desarrollo y crecimiento, se explicó a los niños y niñas lo importante que es cuidar los dientes (comer, reír, hablar, cantar) enfatizando en la frecuencia del cepillado de dientes

Se animó a los niños y las niñas a practicar este hábito regularmente mediante



personificación del hada de las manitos, con el fin de reducir significativamente el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas. Se explicó los elementos necesarios.

RECURSOS

- Articulación con subred centro oriente
- Instalaciones hogar infantil el trencito

Karina Mabel Vargas

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



KARINA MABEL VARGAS

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



Fecha: 14 de agosto 2026

ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL- PLANETARIO DISTRITAL

El Planetario de Bogotá, perteneciente al Instituto Distrital de las Artes — Idartes, continúa fortaleciendo su estrategia de territorialización denominada Misión Quynza. Esta iniciativa tiene como propósito crear escenarios de apropiación social del conocimiento mediante la circulación de su oferta misional en diversos espacios públicos y privados de la ciudad. Para ello, se busca establecer alianzas con organizaciones comunitarias en los territorios, que actúen como nodos dinamizadores del interés ciudadano por el arte, la ciencia y la tecnología.

En este contexto, hemos identificado que el trabajo de la oficina de Participación Ciudadana tiene un impacto significativo en la ciudad. Por esta razón, proponemos implementar acciones de divulgación y apropiación del conocimiento dirigidas a niños, niñas, jóvenes y adultos que se encuentran en estos espacios en torno a la ciencia, el arte y la cultura.

Estas actividades no solo contribuirán al fortalecimiento de las habilidades cognitivas de los niños y jóvenes, sino que también fomentarán la apropiación del conocimiento y la transformación positiva de sus realidades. Por tal motivo, solicitamos su colaboración para llevar a cabo la actividad Misión Quynza. Esta propuesta contempla el desarrollo de cuatro (4) encuentros, a realizarse en la localidad durante los meses de julio y agosto.

- Sesión 2

Actividades: Baúl de la luz y Aventura entre las estrellas

Lugar: Hogar Infantil El Trencito

Fecha: 14 de agosto de 2026

Horario: de 9:00 a.m. a 12:00 m.

Cada sesión contempla una metodología participativa y adaptada al rango etario correspondiente, integrando la astronomía con las dinámicas propias del desarrollo comunitario y el reconocimiento del territorio. El Planetario de Bogotá asumirá la provisión de todos los elementos necesarios para el desarrollo de las actividades.



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



HI El Trencito
Fe y Alegría Colombia



Karina Mabel Vargas

NOMBRE: KARINA MABEL VARGAS MENDEZ

CARGO: APOYO PSICOSOCIAL

HI El Trencito

Calle 49D n.º 3c-80 Sur, barrio Palermo Sur, Bogotá, Colombia



<https://www.feyalegria.org.co> | (+57) (601) 3058151340, 2797320



Fe y Alegría
COLOMBIA

<https://www.feyalegria.org.co>

