Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

Departamento del Meta – Solución Salud – Empresa Social del Estado – NIT. 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - PYP - 04	Página 1 de 1
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO	GOBERNACIÓN DEL META

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ INSTITUCIÓN _____

PÁGINA _____ DE _____

MES _____ AÑO _____

IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DÍA	IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO	CONDICIÓN DE USUARIA	ESQUEMA DE VACUNACIÓN – PAI: BCG	TRIPLE VIRAL	ANTIAMARÍLICA	TOX TET Y DIF	INFLUENZA			NOMBRE DEL VACUNADOR
(1)	(2)	(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA	26	27	28	29	30	31	32	33
1		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
2		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
3		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
4		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
5		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
6		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
7		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
8		(3) T. Id (4) N° IDENTIFICACIÓN; FECHA DE NACIMIENTO (5) DD (6) MM (7) AA; (8) EDAD; (9) SEXO; (10) PRIMER APELLIDO; (11) SEGUNDO APELLIDO; (12) NOMBRES; (13) RÉGIMEN; (14) ASEGURADORA	(24) CONDICION DE USUARIA								
		(15) MUNICIPIO DE RESIDENCIA; (16) ÁREA DE RESIDENCIA; (17) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA; (18) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA; (19) TELÉFONO; (2O) GRUPO ÉTNICO; (21) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO; (22) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD; (23) CORREO ELECTRÓNICO	(25) FECHA P P								
			LOTES VACUNAS Y JERINGAS							JX22	JX25	JX26

3. TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CC = Cédula ciudadanía
PA = Pasaporte
CE = Cédula de Extranjería
TI = Tarjeta de identidad
RC = Registro civil
AS = Adulto sin identificación

9. SEXO
F = Femenino
M = Masculino

13. RÉGIMEN DE AFILIACIÓN
1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3 = Pobre No Asegurado
4 = Especial y de Excepción

16. ÁREA DE RESIDENCIA
1= Cabecera
2= Centro Poblado
3= Rural

20. GRUPO ÉTNICO
1 = Indígena
2 = Gitano
3 = Raizal
4 = Palenquero
5 = Negro, Mulato ó Afrocolombiano
6 =Sin pertenencia étnica

21. CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO
1 = Si
2 = No

22. CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
1 = Si
2 = No

24. CONDICION DE USUARIA
1 = Gestante
2 = No Gestante

25. FECHA PROBABLE DE PARTO
Solo si es gestante, ingrese la fecha probable de parto en dd/mm/aaaa

26- 32. DOSIS APLICADAS
1 = Primera Dosis
2 = Segunda Dosis
3 = Tercera Dosis
4 = Cuarta Dosis
5 = Quinta Dosis
R1 = Primer Refuerzo
R2 = Segundo Refuerzo
R3 = Tercer Refuerzo
R4 = Cuarto Refuerzo
U = Dosis Única
A = Dosis Adicional

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

Departamento del Meta – Solución Salud – Empresa Social del Estado NIT. 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - PYP - 05	Página 1 de 1	GOBERNACIÓN DEL META
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN NIÑOS Y NIÑAS PAI	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO		

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ INSTITUCIÓN _____

PÁGINA _____ DE _____

MES _____ AÑO _____

CONSECUTIVO	DÍA	IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE, PADRE ó CUIDADOR					IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO / NIÑA VACUNADO									ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI																		
																BCG	HEPATITIS B	POLIO (VPO)	POLIO (VPI)	PENTAV	DPT	ROTAVIRUS	NEUMOCOCO	TRIPLE VIRAL	HEPATITIS A	F. AMARILLA	(TD) PED	T.D. ADULTO	INFLUENZA	VPH		ESQUEMA COMPLETO PARA EDAD	ESTUDIA ACTUALMENTE	NOMBRE DEL VACUNADOR
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
1		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
2		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
3		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
4		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
5		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
6		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
7		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
(1)	(2)	(3) T. Id	(4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	(5) NOMBRES Y APELLIDOS			(6) T. Id	(7) N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (8) DD (9) MM (10) AA	TIPO EDAD	(12) EDAD	(13) SEXO	(14) PRIMER APELLIDO	(15) SEGUNDO APELLIDO	(16) NOMBRES																				
8		(17) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	(18) ASEGURADORA	(19) MUNICIPIO DE RESIDENCIA	(20) ÁREA DE RESIDENCIA	(21) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA	(22) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		(23) TELÉFONO	(24) GRUPO ÉTNICO		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	(26) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)																				
															LOTES																	JX22	JX23	JX25	JX26

DILIGENCIAMIENTO DE VARIABLES

3/ 6. TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CC = Cédula ciudadanía
PA = Pasaporte
RC = Registro civil
TI = Tarjeta de identidad
CE = Cédula de Extranjería
CNV: Certificado de Nacido Vivo
AS = Adulto sin identificación
MS = Menor sin identificación

11. TIPO EDAD
A = Años
M =Meses

13. SEXO
F = Femenino
M = Masculino

17. REGIMEN DE AFILIACIÓN
1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3 = Pobre No Asegurado
4 = Especial y de Excepción

20. AREA DE RESIDENCIA
1= Cabecera
2= Centro Poblado
3= Rural

24. GRUPO ETNICO
1 = Indigena
2 = Gitano
3 = Raizal
4 = Palenquero
5 = Negro, Mulato ó Afrocolombiano
6 =Sin pertenencia étnica

25. CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO
1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3 = Pobre No Asegurado
4 = Especial y de Excepción

26. CONDICION DE DISCAPACIDAD
1 = Si
2 = No

28 - 43. DOSIS APLICADAS
1 = Primera Dosis
2 = Segunda Dosis
3 = Tercera Dosis
R1 = Primer Refuerzo
R2 = Segundo Refuerzo
U = Dosis Única
A = Dosis Adicional

44. ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
1 = Si
2 = No

45. CONDICIÓN DE ESCOLARIDAD
Diligenciar solo cuando aplique VPH
1 = Si
2 = No

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

Departamento del Meta – Solución Salud – Empresa Social del Estado – NIT: 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - PYP - 06	Página 1 de 1
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN DE ADULTOS PAI	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO	GOBERNACIÓN DEL META

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ INSTITUCIÓN _____

PÁGINA _____ DE _____

MES _____ AÑO _____

CONSECUTIVO	DÍA	IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE	IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	ESQUEMA DE VACUNACIÓN		CAUSAS DE NO VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO PARA LA	NOMBRE DEL VACUNADOR
				BCG	HEPATITIS B			
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
1		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
2		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
3		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
4		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
5		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
6		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
7		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					
(1)	(2)	(3) T. Id (4) NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (5) NOMBRES Y APELLIDOS	(11) T. Id (12) N° IDENTIFICACIÓN FECHA DE NACIMIENTO (13) DD (14) MM (15) AA (16) EDAD EN DÍAS (17) SEXO (18) PESO EN GRAMOS AL NACER (19) MUNICIPIO DE NACIMIENTO (20) INSTITUCION DE ATENCION DE PARTO (21) EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	28	29	30	31	32
8		(6) RÉGIMEN DE AFILIACIÓN (7) ASEGURADORA (8) GRUPO ÉTNICO (9) CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO (10) CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	(22) MUNICIPIO DE RESIDENCIA (23) ÁREA DE RESIDENCIA (24) BARRIO / CENTRO POBLADO O VEREDA DE RESIDENCIA (25) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (26) TELÉFONO (27) CORREO ELECTRÓNICO (Madre o Cuidador)					

3/11. TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CC = Cédula ciudadanía
PA = Pasaporte
RC = Registro civil
TI = Tarjeta de identidad
CE = Cédula de Extranjería
CNV: Certificado de Nacido Vivo
AS = Adulto sin identificación
MS = Menor sin identificación

6. RÉGIMEN DE AFILIACIÓN
1 = Contributivo
2 = Subsidiado
3 = Pobre No Asegurado
4 = Especial y de Excepción

8. GRUPO ÉTNICO
1 = Indigena
2 = Gitano
3 = Raizal
4 = Palenquero
5 = Negro, Mulato ó Afrocolombiano
6 =Sin pertenencia étnica

9. CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO
1 = Si
2 = No

10. CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
1 = Si
2 = No

17. SEXO
F = Femenino
M = Masculino

23. ÁREA DE RESIDENCIA
1= Cabecera
2= Centro poblado
3= Rural

28 - 29. DOSIS APLICADAS
0 = Dosis de Recién Nacido
U = Dosis Única

30. CAUSAS DE NO VACUNACIÓN
1 = Menor de 2.000 g
2 = Inmunosupresión
3 = Muerte
4 = Hospitalización
5 = Remisión
6 = No Autorización
7 = No hay vacunas

31. ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
1 = Si
2 = No

LOTES VACUNAS			LOTE JERINGAS	
			26G*3/8	
			27G*1/4	