



Departamento de Apoyo Técnico

INFORME ACTIVIDAD

CONSEJO NACIONAL PARA LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Nombre de la actividad	Jornada de Vacunación Contra COVID-19				
Lugar	Hogar de paso Moisés				
Área Responsable	Division de Salud Integral				
Fecha	19 de Abril del 2021	Inicio	9:30 a.m.	Término	4:00 p.m.

1. Objetivo de la actividad.

Apoyar, orientar y vacunar contra el Covid-19 a los empleados de CONANI del Hogar de paso Moisés en su primera y segunda dosis de vacuna.

2. Desarrollo de las actividades

El 19 de abril del 2021, Siendo las 9:30, se presenta el personal del Ministerio de Salud Pública, cuatro colaboradores en total distribuido de la siguiente manera: un Médico quienes tenían la función de llenar los formularios de registros del Ministerio de salud Adjunto de dos personas que llenaban la tarjeta de vacuna, una enfermera encargada de administrar la vacuna y el personal de salud de CONANI que brindo apoyo.

18 colaboradores vacunados con segunda dosis

59 colaboradores vacunados con la primera dosis.

Tipo de programa	1era Dosis	2da Dosis	Total General
ASFL	0	0	0
OG	59	18	77

3. Observaciones generales de la Jornada:

Durante la jornada de vacunación se dieron orientaciones sobre la importancia de vacunarse contra el COVID-19, recordándoles a los usuarios que no deben bajar la guardia por el hecho de ponerse la vacuna y se informó que se realizara un recordatorio próximo a la siguiente fecha de vacunación para los que se administraron la primera dosis.



Departamento de Apoyo Técnico

INFORME ACTIVIDAD

Responsable (s) de la elaboración:

Ramona D. De la Cruz
Ramona De La Cruz
Encargada División de Salud Integral

Anexos:

- A. Listado de participantes.



REGISTRO NOMINAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Elaborado el 19/11/21

Región: 0 Provincia: Sto. Domingo Municipio: Distrito Central Barrio/Sección: Central #4 Paraje/Localidad: Alc.

Responsable del Registro: Roammy Peña Osorio Lugar de Vacunación: Hogar Moisés (COMENI)

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEXO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMORBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TELÉFONOS	NOMBRE
1	Evelyn Rosmary Rodriguez	29	F	402-208 5044-4	1	1-2	Calle 21 #211 El cafe	809-893 7119	
2	Mercades Ramos	51	F	001-1430 258-8	1	1	Via. De la Seta #5 Alcampos	809-519 0624	M
3	INÉS Encarnación	38	F	150 0000 019-5	1	1	El Faro #16 San Juan	809-204 0341	R
4	Ane Cristina Vargas O.	41	F	001-1365 322-9	1	-	Península MELI Sto. Domingo	809-923 8233	
5	Suiza Hernandez M	38	F	001-16043 415-0	1	-	Wendy Femeny Tr. 3 bregos	809-201 2400	
6	Susely Garcia A	28	F	402-227 5020-0	1	-	RES Ventecalle #14 3 bregos	809-894 6955	
7	Flora J. Brantero	40	F	018-0505 209-4	1	-	Calle 3 #51 RES. Jacaranda	824-912 3720	
8	Johanny Sierra Giron	25	F	402-244 2042-5	1	-	El Progreso #11 SABANA Perdida	829-246 1438	
9	Ramona BEVIS	30	F	001-0742 10-9	1	-	1ra # 271 Maquino	809-410 4905	
10	María de la Cruz	43	F	027-01294 09-7	1	4	Ramon Corripio #20 Nolo	829-922 8124	
11	Maria Paula Sotillo	34	M	223-001 270-0	1	-	Zurita #11 Sabana Perdida	809-496 2023	
12	Francisca Yvonne Rodriguez	47	F	001-0020 204-0	1	-	San Juan #1 Vía de la Paleta	809-885 0949	

K 20 21 03 00 0

201-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACIÓN 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMORBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA RENAL 6-BIF. CARDIOVASCULAR 0

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: 809 551
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: P. Leticia Delgado

REGISTRO NOMINAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Región: 0 Provincia: Sainto Domingo Municipio: DN Barrio/Sección: Calle Cond #4 Paraje/Localidad: Ar...

Responsable del Registro: _____ Lugar de Vacunación: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEXO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMORBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TELÉFONOS	NOMBRE
1	Ludy Soto	37	F	002-093 7405-9	1	1-3	Rta. Manuel Zoe Pardo	829-910 05619	
2	Sobany Y. Gil Dujab	25	F	223-0166 577-8	1	-	Calle 1 ^a #22 Meridional	829-718 0272	
3	Joseyri Santoro	47	F	001-0926 537-8	1	1	30 ^a #7 Bndc. de Ozano v. m. l. h.	809-915 9659	
4	Rocmy E. Peña Cortijo	25	F	402-2561 549-2	1	-	Zona U. J2C C/Amor Al Sol	809-915- 6050	
5	Judith Lopez Guzman	44	F	001 1533 9412-61	1	-	Calle 8 ^a v. Calle Luis M. C. G. A.	809-650 1419	
6	LIVIA NOYES D. AZ	37	F	001-1040 354-5	1	-			
7									
8									
9									
10									
11									
12									

PA-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACIÓN 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMORBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA RENAL 6-ENF. CARDIOVASCULAR 0-

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: 809 531 921
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Andrés...

Personal *San*
REGISTRO NOMINAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Región: 5 Provincia: San Juan Municipio: San Juan Barrio/Sección: San Juan Paraje/Localidad: San Juan

Responsable del Registro: _____ Lugar de Vacunación: San Juan

NO.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEXO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMOREIBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TELÉFONOS
1	<i>Isabel del Carmen Rodríguez</i>	51	F	201-026 57731-10	1	E	<i>Manuel U/Goms</i>	809-535 1051
2	<i>Tamara Guzmán Galdames</i>	33	F	001-18 38028-8	1	O	<i>El Guamo #181</i>	809-408 0020
3	<i>Rosalinda María Díaz</i>	32	F	224-00 43450-0	1	D	<i>Manuel San</i> <i>San Juan #10</i>	809-730 3160
4	<i>Gloria Mercedes Peña</i>	30	F	001-190 6236-2	1	E	<i>El 31 Goms</i>	809-968 1460
5	<i>Lisset Isabel García Sales</i>	43	F	001-16 40788-3	1	O	<i>Verónica Man</i> <i>44 #28 Hospital</i>	809-889 1175
6	<i>Carmona Linares Amparo</i>	54	F	001-1818 438-1	1	D	<i>El 20 San</i>	809-781 6410
7	<i>Blanca Juana Peña</i>	35	F	001-171 8890-1	1	O	<i>El 20 San</i>	809-838 8960
8	<i>Mirabelle De la Cruz</i>	33	F	225-003 0189-4	1	O	<i>#30 San Juan</i> <i>El Guamo #181</i>	809-930 3174
9	<i>Consuelo Montaña Rodríguez</i>	45	F	001-0505 073-1	1	D	<i>El Guamo #181</i>	809-379 3050
10	<i>Marta Eugenia Rojas</i>	51	F	047-011 9566-3	1	OZ	<i>San Juan</i>	809-265 5877
11	<i>Mirella Kumbelli Carrasco</i>	31	F	001-191 2162-8	1	O	<i>Rep. Colombia</i> <i>San Juan</i>	809-592 4498
12	<i>Caril Alejandra Bonilla</i>	24	F	224-0025 320-3	1	D5	<i>El 31 A #18</i> <i>San Juan</i>	809-470

PAI-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACIÓN 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMOREIBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA RENAL 6-ENF. CARDIACAS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: _____

REGISTRO NOMINAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Región: _____ Provincia: San Pedro de Macoris Municipio: _____ Barrio/Sección: San Juan Paraje/Loc: _____

Responsable del Registro: Dr. [Nombre] Lugar de Vacunación: [Lugar]

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEXO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMORBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TELÉFONOS
1	[Nombre]	48	F	41-103-1	0	0	[Dirección]	[Teléfono]
2	[Nombre]	41	M	41-103-2	5	1	[Dirección]	[Teléfono]
3	[Nombre]	40	F	41-103-3	2	0	[Dirección]	[Teléfono]
4	[Nombre]	34	F	41-103-4	0	0	[Dirección]	[Teléfono]
5	[Nombre]	40	F	41-103-5	1	0	[Dirección]	[Teléfono]
6	[Nombre]	48	M	41-103-6	5	0	[Dirección]	[Teléfono]
7	[Nombre]	49	F	41-103-7	1	0	[Dirección]	[Teléfono]
8	[Nombre]	39	F	41-103-8	1	0	[Dirección]	[Teléfono]
9	[Nombre]	55	F	41-103-9	1	0	[Dirección]	[Teléfono]
10	[Nombre]	43	F	41-103-10	0	0	[Dirección]	[Teléfono]
11	[Nombre]	46	F	41-103-11	6	02	[Dirección]	[Teléfono]
12	[Nombre]	50	F	41-103-12	6	0	[Dirección]	[Teléfono]

PAI-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACIÓN 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMORBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA RENAL 6-E

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: _____

Región: Santiago Provincia: Santiago Municipio: Santiago Barrio/Sección: San Juan Paraj: San Juan

Responsable del Registro: Dr. [Signature] Lugar de Vacunación: San Juan

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEYO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMORBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TI
1	Francisco Félix Martínez	44	F	001-194 0821-3	2	0	Calle #118 Sector Pedro	801
2	María Inés de Jesús	57	F	002-002 7238-1	01	0	Calle #15 Sector Pedro	802
3	Sensadora Nereida Rodríguez	56	F	001-030 533-8	12	ADP?	C/ Miguel de Somoza Sector Pedro	803
4	Luzmila Verónica Rodríguez	38	F	012-009 706-0	0	0	Kon #6 Hk #5 Sector Pedro	804
5	Bernarda Castillo Rodríguez	62	F	001-034 3794-8	01	0	C/ Herrera, Manuel Sector Pedro	805
6	Ana Cecilia Encarnación Jiménez	50	F	075-206 3904-0	6	2	Rosales #14 #2 Sector Pedro	806
7	Mercedes Beatriz Vargas	41	F	001-1553 901-3	01	0	Almuerzo #16 Sector Pedro	807
8	Juan Orlando Hernández	42	M	001-131 1619-8	01	0	C/ Herrera #22 Sector Pedro	808
9	María Rosalva Rodríguez	50	F	001-095088-0 D. 250166-4 001-1205198-5	01	0	Diego de León #4 Sector Pedro	809
10	Antonio Gerardo Ramírez	50	M	001-064 707-7	4	3	C/ Herrera #1 Sector Pedro	810
11	Rosamery Encarnación Rodríguez	52	F	001-057 1662-4	6	01	C/ Herrera #3 Sector Pedro	811
12	María Dela Rosa	38	F	001-194 394-5	1	02	Kon #8 Fk #1 Sector Pedro	812

PAI-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACION 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMORBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA REN.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: _____

REGISTRO NOMINAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Región: San Pedro de Macoris Provincia: San Pedro de Macoris Municipio: D. A. Barrio/Sección: San Juan Paraje/Localidad: San Juan

Responsable del Registro: _____ Lugar de Vacunación: San Juan

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEXO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMORBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TELÉFONOS
1	Adriana Gabriela Rodríguez	35	F	001-164 2383-2	1	0	C/3 de Reyes Barrio Unido	904-636 0883
2	Yolanda Castro Cordero	27	F	234-20 2569-7	1	2	Los Caños Km. 73	809-657 2265
3	Silvia Consuelo Tena	44	F	001-151 6814-5	1	02	Dalmeida U. U. Km. 27	809-34 35299
4	Flora Del Carmen	41	F	109-060 5668	1	2	Barr. C. # 42 Cinco	809-64 8708
5	Yuliana Rincón	39	F	001-165 979-4	1	2	San Juan #13 de Reyes	809-49 1297
6	Arany Melgosa Cruz	50	F	001-042 557-0	1	2	C/ Parado #10 #12 de Reyes	809-410 455
7	Deisy Miriam Belland	45	F	001-06 55103-0	1	2	Palacio de Reyes #12 Reyes	809-44 750350
8	Carla Altigracia Veloz	49	F	084-200 9072-0	1	0	Carretera principal #5 de Reyes	809-74 6905
9	Maria Cristina Sanchez	42	F	027-0631 231-3	1	12	Carretera Dors Reyes el Alto	809-2 237
10	Juanita Ricardo Almonte	55	F	001-027 5801-8	1	0	Villa Miralga #39	809-85 237
11	Santa Maria Eugenia Rojas	38	F	233-000 112-3	1	0	C/33 Caleta Barachica	809-063 037
12								

SA-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACIÓN 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMORBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA RENAL 6-ENFERMEDAD

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: _____

REGISTRO NOMINAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL

Región: 0 Provincia: San Juan Municipio: San Juan Barrio/Sección: San Juan Paraje/Lo: San Juan

Responsable del Registro: _____ Lugar de Vacunación: San Juan

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (AÑOS)	SEXO (M/F)	CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SECTOR LABORAL	COMORBILIDAD	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE / NÚMERO DE CASA / SECTOR)	TELÉFONO
1	Nubela de los Santos	30	F	001-11 1666-3	1	C	C/ San Juan #1	809-2 6785
2	Yolanda Servio Pimentel	41	F	001-165 6647-3	1	C	C/ Pinar #11	809-2 7891
3	Maribel Guadalupe	53	F	006-001 3315-3	1	O	San Juan #11	809-2 7971
4	Zoraida Rodríguez Martínez	50	F	001-001 6405-7	1	O	C/ San Juan #10	809-2 7977
5	Yaselin Sosa	41	F	123-001 163-5	1	O	#14 de Ciudad #3	809-2 353
6	Meli Ventero Sosa	40	F	001-14 88819-1	1	O	C/ Casanova #13	809-2 1270
7	Angela Albani Ponsio	55	F	001-0946 1150-9	1	O	C/ Nicolás #4	809-2 11094
8	Angela María Matosa	33	F	00118268 605	1	O	C/ Casanova #74	809-2 1152
9	Maria Mercedes Martínez	51	F	001-101 26601-2	1	O	C/ Teo Cruz	809-2 1667
10	Zoraida de León Inoa	50	F	001-102 2536-4	1	O	Km 251 Aut	809-2 705
11	Yolanda Del Rio	61	F	001-012 1812-1	1	E	C/ 14 Exp. 12	809-2 3619
12	Folucia Torgata Reyes	49	F	001-0588 0790-3	1	O	San Juan #14	809-2 7019

FAL-MSP-2021

SECTOR LABORAL: 1-SALUD 2-EDUCACIÓN 3-TURISMO 4-TRANSPORTE 5-SEGURIDAD 6-OTROS

COMORBILIDADES: 1-DIABETES 2-HIPERTENSIÓN 3-ASMA 4-CÁNCER 5-INSUFICIENCIA RENAL 6-ET

NOMBRES Y APELLIDOS DEL VACUNADOR: _____ TELÉFONO DEL VACUNADOR: _____