



REPUBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE INTERIOR Y POLICIA
DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIÓN

“Año del Fomento de las Exportaciones”

Santo Domingo, D.N.
10 de Mayo, 2018.

A : *Todo el personal de esta Sede Central.*

Muy cortésmente, tengo a bien dirigirme a ustedes, con la finalidad de saludarles y a su vez informarles que se estará llevando a cabo la jornada de vacunación al personal de esta DGM, la misma será efectuada el día viernes 11 del mes en curso, en el comedor de la Institución, en horario de 8:00 a.m a 12:00 p.m, donde se estarán vacunando contra la difteria y tétanos.

Muy atentamente,


LIC. SATCHA AGUIAR HERRERA
Directora de Recursos Humanos

SAH/ya

Provincia / Área: San José
INSTITUCION: Unidad de Salud

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Municipio: San José
LUGAR: Unidad de Salud

11/5/18

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPOS DE VACINAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)																
No.	NOMBRE, APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	dT					Hepatitis B			Sarami/ Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	
1	Roberto Pineda Novato	011-0040207-0	19/7/88	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Maria Victoria Acosta	001-0128871-4	28/7/48	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Benigno Ernesto Luna M	001-0233493-6	3/7/53	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Antonio Pablo Lopez	001-0058675-9	8/8/56	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Elia Medina Ferrera	001-0519085-4	3/11/59	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Alfonso Leonor Costa	001-1094989-8	8/12/61	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Maria Magdalena Gomez	047-0073722-6	30/9/62	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Gaselle Myriam Novato	001-1284107-7	26/3/79	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Redy Sonia Estephanova	013008237-5	4/8/64	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Romana Luisa Novato	001-0559032-7	31/8/55	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Alfonso Pineda Gonzalez	084-0009423-4	7/4/75	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Corporal Mado Mado	001-1442833-7	6/6/86	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Ornelio M. Mado	001-0672186-3	24/10/67	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Mario Luis Robles	001-0434983-3	12/9/72	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Alfonso Pineda Novato	09300751351	6/9/71	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Alfonso Pineda Folie	001-1610759-0	17/1/81	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Mario Gaselle Pineda	005-0056644-7	4/1/91	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Maryselle Pineda Lallera	402-2013559-6	2/10/96	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Daniel Augusto Pineda	001-01134104	20/1/68	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	Alfonso Pineda Gomez	001-1877487-6	04/6/91	F	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Vacunador(a): Leocadia Santibañez

Supervisor:

Don Teodoro
Encargado de la
Unidad de Salud

Provincia / Área:

Sto Pab B Ste

Municipio

Sto Pab B Ste

LUGAR:

Rede Central Imunizacao

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD, (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	DT					Hepatitis B			Sarami / Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA
1	Moscoso Daniel	4021347327	24/3/88	M												
2	Benjamin Delacruz R	001-1877461-6	10/9/90	M												
3	Maider Bustos Beltrán	001-1106804-4	21/10/73	F												
4	Fernando Molas	0080025838-1	29/4/74	M												
5	Felix Vialby Delos Santos	002014141-2	24/11/83	M												
6	Crisobal Cuatrecasas	019009131-1	21/9/86	M												
7	Miguel Borja Martin M	402136614-0	13/10/99	M												
8	María Lamaso	001-1743771-5	25/11/84	M												
9	Felipe Sosa Bueno	001-09922849	11/4/84	M												
10	Martha Hernandez F	001-1405594-0	19/6/79	F												
11	Andrés Muñoz Cruz	402207039-7	23/3/91	F												
12	Yolanda López	001-0793446-3	14/12/75	M												
13	Yolanda López	402249582-1	23/9/94	F												
14	Marina María Lamaso	001-022558-2	22/8/72	F												
15	Alfonso Daniel	002011847-3	12/10/80	M												
16	Isabelita Muñoz	001-0789473	10/12/72	M												
17	Isabelita Muñoz	0150004443-1	12/10/77	M												
18	Isabelita Muñoz	0011442516-6	13/2/82	M												
18	Isabelita Muñoz	402361588-3	7/1/88	M												
18	Isabelita Muñoz	4022080443-4	9/9/91	F												
20	Isabelita Muñoz	4022080443-4	9/9/91	F												

Vacunador(a):

Isabelita Muñoz

Supervisor:

Isabelita Muñoz

Provincia / Área:
INSTITUCIÓN:

La Fe
Sta Rosa Este
Instituto Municipal de Vacunación

Municipio:

LUGAR: La Fe
Sta Rosa Este
Instituto Municipal de Vacunación

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	DT					Hepatitis B			Sarami / Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA
1	Yhendy Pacheco Vargas	024-0022585	16/1/81	F												
2	Yhendy Pacheco Vargas	003-00180225	24/4/04	F												
3	Abel Esteban Vargas	402-36871329	18/4/98	F												
4	Daniel Cesar Cuello	000-02210924	4/4/85	M												
5	Sergio J	0003535408-0	26/5/87	M												
6	Hernán Ruiz	00076746292	06/8/95	F												
7	Yhendy Pacheco Vargas	010-00727139	25/10/76	F												
8	Chel Beltrán Pacheco	106-0004900-5	28/5/94	M												
9	Daniela Pacheco Vargas	061-0019697	24/9/80	F												
10	Rafael Pacheco Vargas	001-14441003	24/1/89	M												
11	Yhendy Pacheco Vargas	016-0015884-5	11/1/84	M												
12	Yhendy Pacheco Vargas	402-3783204-1	13/5/92	F												
13	Yhendy Pacheco Vargas	0220034433-0	10/7/88	F												
14	Yhendy Pacheco Vargas	402-25810244	7/1/95	M												
15	Yhendy Pacheco Vargas	230035256-8	14/10/82	M												
16	Yhendy Pacheco Vargas	131-000084-5	17/4/88	F												
17	Yhendy Pacheco Vargas	001-1205291	16/2/77	M												
18	Yhendy Pacheco Vargas	402-2183094	11/2/93	F												
19	Yhendy Pacheco Vargas	402-23932836	19/95	M												
20	Yhendy Pacheco Vargas	093-00418333	7/1/88	F												

Vacunador a): Isabel Pardo
Supervisor: Juan Pardo

Valencia

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: Sto Pacho
INSTITUCION: Procesos de vacunación

Municipio: Sto Pacho
LUGAR: Sede Central Municipal

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA											
					dT					Hepatitis B			Sarami/ Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA
1	Morales David Morales	4021347327	24/3/83	M												
2	Leon Jaime Delacruz R	001-1877461-6	10/9/92	M												
3	Morales Guisepato Delacruz	001-1106804-4	21/10/75	F												
4	Fernandez Males	0680025858-1	29/4/74	M												
5	Felix Valdez Delos Santos	002-014141-2	24/11/83	M												
6	Casasnovas Buenaventura	019009131-1	21/9/86	M												
7	Mendiola Boscato	402134644-0	13/10/99	M												
8	Ramirez Camacho	001-1743771-5	25/11/84	M												
9	Felipe Sosa Bueso	001-09922849	11/4/84	M												
10	De la Haza Hernandez	001-1405544-0	19/4/79	F												
11	Hernandez Morales Carlos	402207039-7	23/3/91	F												
12	Hernandez Morales Carlos	001-0793446-3	14/12/75	M												
13	Hernandez Morales Carlos	402249582-1	23/9/84	F												
14	Hernandez Morales Carlos	001-0225582-2	22/8/72	F												
15	Hernandez Morales Carlos	002-0118417-3	12/10/80	M												
16	Hernandez Morales Carlos	001-0793446-3	10/12/72	M												
17	Hernandez Morales Carlos	0150004443-1	12/10/79	M												
18	Hernandez Morales Carlos	00114472516-6	13/2/82	M												
19	Hernandez Morales Carlos	4022611583-3	7/1/98	M												
20	Hernandez Morales Carlos	40220804464-9	1/1/91	F												

Dr. Torres

Vacunador(a): Esteban Guzman Ruiz

Supervisor:

Dr. Torres

Provincia / Área: Sta. Rosa de
INSTITUCIÓN: Presidencia Municipal de

Municipio: Sta. Rosa de
LUGAR: Municipio de Sta. Rosa de

FECHA: 5/7/16
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

No.	NOMBRE, APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	Tipos de Vacunas / Dosis Aplicadas y Fecha (DD/MM/AA)										Datos para Farmacovigilancia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
					dT					Hepatitis B			Saram / Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1	Yesthu Remigio	32 A	M	/																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

Administrador(a): Yonel

Supervisor: Yonel

Encargado de la
Unidad M. D. Gm

Operador
de la Central

Provincia / Área: Sta Rosa Oeste
INSTITUCIÓN: Integración

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)
PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Municipio: Sta Rosa Oeste
LUGAR: Mancomunado Sede Central

FECHA: 8/7/2016
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)										Datos para Farmacovigilancia				
					dT					Hepatitis B			Sarami/ Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLO	INFLUENZA	TELÉFONO RESIDENCIAL / MOBI	LOCALIZADOR / EVENTO CODIGO
1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA				UNICA	UNICA					
1	Chuterio Olay	2112		F	/	/	/	/	/										
2	Maria Reyes	5211		F	/	/	/	/	/										
3	Jose Salas	2112		M	/	/	/	/	/										
4	Josefina Mena	4011		M	/	/	/	/	/										
5	Marcelina Mena	5011		F	/	/	/	/	/										
6	Yolby Mena	3511		F	/	/	/	/	/										
7	Martha Guadalupe	3011		M	/	/	/	/	/										
8	Martha Mena	2011		F	/	/	/	/	/										
9	Andres Rosales	2011		M	/	/	/	/	/										
10	Andres Rosales	32		M	/	/	/	/	/										
11	Michael Guillen	3011		M	/	/	/	/	/										
12	Martha Mena	2311		F	/	/	/	/	/										
13	Martha Mena	2211		F	/	/	/	/	/										
14	Martha Mena	2211		F	/	/	/	/	/										
15	Martha Mena	4311		M	/	/	/	/	/										
16	Martha Mena	2011		M	/	/	/	/	/										
17	Martha Mena	3711		M	/	/	/	/	/										
18	Martha Mena	4211		M	/	/	/	/	/										
19	Martha Mena	3911		F	/	/	/	/	/										
20	Martha Mena	4311		M	/	/	/	/	/										

Vacunador(a): Lucas
Supervisor: Don Marcos



SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: Sta Rosa Este
INSTITUCION: Unidad de

Municipio: Sta Rosa Este
LUGAR: Unidad de Sede Central

FECHA: 31/12/2018
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

Nº.	NOMBRE, APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (SI es menor del titular)	Fecha / nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)										Datos para Farmacovigilancia					
					dT					Hepatitis B			Sarami / Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZACIÓN / EVENTO CODIGO	EVENTO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELÉFONO RESIDENCIAL / MOBI	CELULAR	FECHA / Hora
1	Miguel Pedernis	62 A		M																
2	Fredy Pedernis	32 A		M																
3	Jose Pedernis	37 A		M																
4	Miguel Pedernis	39 A		F																
5	Miguel Pedernis	24 A		F																
6	Jose Pedernis	27 A		F																
7	Fredy Pedernis	31 A		F																
8	Jose Pedernis	38 A		F																
9	Andrés Pedernis	27 A		F																
10	Andrés Pedernis	71 A		M																
11	Andrés Pedernis	39 A		F																
12	Andrés Pedernis	53 A		F																
13	Andrés Pedernis	31 A		F																
14	Andrés Pedernis	31 A		F																
15	Andrés Pedernis	40 A		M																
16	Andrés Pedernis	47 A		F																
17	Andrés Pedernis	42 A		F																
18	Andrés Pedernis	45 A		F																
19	Andrés Pedernis	22 A		F																
20	Andrés Pedernis	26 A		F																

Vacunador(a): Andrés

Supervisor: Andrés

Unidad de: Unidad de



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Provincia / Área: La Fe
INSTITUCION: Centro de Salud de La Fe

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Municipio: La Fe
LUGAR: La Fe

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPOS DE VACINAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

No.	NOMBRE, APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	DT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola		NEUMOCOCCO 13		NEUMOCOCCO 23		POLIO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA
1	Alfonso, Ricardo Lopez	024-0022585	14/1/81	F																
2	Alfonso, Juan Carlos	003-00180225	24/4/44	F																
3	Alfonso, Pablo Lopez	402-3687132	18/4/98	F																
4	Alfonso, Juan Carlos	000-02216924	4/4/85	M																
5	Alfonso, Juan Carlos	0003535408-0	26/5/82	M																
6	Alfonso, Juan Carlos	00076746292	06/8/75	F																
7	Alfonso, Juan Carlos	010-00727139	25/10/78	F																
8	Alfonso, Juan Carlos	106-0009900-5	28/5/94	M																
9	Alfonso, Juan Carlos	061-0019067	24/9/80	F																
10	Alfonso, Juan Carlos	001-14441003	24/11/81	M																
11	Alfonso, Juan Carlos	016-0015884-5	11/1/84	M																
12	Alfonso, Juan Carlos	402-3783204-1	13/5/92	F																
13	Alfonso, Juan Carlos	0220031433-0	10/7/88	F																
14	Alfonso, Juan Carlos	402-25816244	7/1/95	M																
15	Alfonso, Juan Carlos	230032568	14/10/92	M																
16	Alfonso, Juan Carlos	131-0000845	17/4/88	F																
17	Alfonso, Juan Carlos	001-12035291	16/2/77	M																
18	Alfonso, Juan Carlos	402-2183099	1/12/95	F																
19	Alfonso, Juan Carlos	402-2393386	1/9/95	M																
20	Alfonso, Juan Carlos	093-0049833	7/1/88	F																

Vacunador. a): Isabel Pardo

Supervisor: Isabel Pardo



Provincia / Área: Sto. Domingo
INSTITUCIÓN: Proyecto de Vacunación

Municipio: Sto. Domingo
LUGAR: Rede Central de Vacunación

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

No.	NOMBRE, APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD, (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	dT					Hepatitis B			Saram / Rubola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO	1
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA	
1	Morales David Morales	40213473227	24/3/88	M													
2	Benjamin De la Cruz R.	001-1877461-6	10/9/90	M													
3	Morales Benito de la Cruz	001-1106804-4	2/10/73	F													
4	Fernandez Morales	0080025838-1	29/4/74	M													
5	Delvalle De la Cruz	002014141-2	24/11/83	M													
6	Crisobal Cruz de la Cruz	019009131-1	21/9/86	M													
7	Morales Benito de la Cruz	402134664-0	13/10/99	M													
8	Ramirez Morales	001-1743771-5	25/11/84	M													
9	Felipe de la Cruz	001-0992284-9	11/4/84	M													
10	Delvalle Hernandez	001-1405344-0	19/6/79	F													
11	Morales Morales Cruz	402207039-7	23/3/91	F													
12	Morales de la Cruz	001-0793446-3	14/12/73	M													
13	Morales de la Cruz	402249582-1	23/9/94	F													
14	Morales Maria de la Cruz	001-0225588-2	22/8/72	F													
15	Delvalle David de la Cruz	002011847-3	12/10/80	M													
16	Delvalle de la Cruz	001-0789473	10/12/70	M													
17	Delvalle de la Cruz	0150004443-1	12/10/77	M													
18	Delvalle de la Cruz	0011442516-6	13/2/82	M													
19	Delvalle de la Cruz	4023011583-3	7/1/88	M													
20	Delvalle de la Cruz	4022080494494-1		F													

Vacunador(a): Delvalle de la Cruz

Supervisor: Delvalle de la Cruz



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Provincia / Área: La Alameda
Institución: Santo Domingo
Proyecto de Vacunación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)
PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Municipio: Santo Domingo
Lugar: Proyecto de Vacunación

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	dT					Hepatitis B			Saram / Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA
1	Salvador García Hernández	01-0040207-0	19/7/88	M												
2	Maria Victoria Acosta	001-0128871-4	28/7/48	F												
3	María Guzmán Luna	001-0233973-6	3/7/53	M												
4	María Victoria Muñoz López	001-0058625-9	8/8/56	F												
5	Elia Medina Torres	001-0519085-4	31/1/59	F												
6	Alejandro Cerezo Cordero	001-1094989-8	8/12/61	M												
7	Maria Victoria Gómez	047-0073722-6	30/9/60	F												
8	Graciela Muñoz Mejía	001-1284107-7	26/3/49	F												
9	Medy Soria Estepanovna	013000873-5	4/8/64	F												
10	Remonta Wilson Lora	001-0559032-7	31/8/55	F												
11	Alejandro Pérez González	084-0009423-4	7/4/75	M												
12	Corina Mada Mada	001-1442833-7	6/6/86	F												
13	Primitivo Ap. Miquel	001-0672186-3	24/10/40	M												
14	Mario Guzmán Barrios	001-0434983-3	12/9/72	M												
15	Alejandro Páez Páez	09300756351	6/9/71	M												
16	Estelina Páez Páez	001-1610759-0	17/1/81	F												
17	Wendy Aselle Páez	025-0056644-7	4/1/91	F												
18	Maryselle Páez Lora	402-2013559-0	21/10/89	F												
18	David Augusto Páez Soria	001-0113410-4	20/1/68	M												
20	Yana Alejandra Gómez	001-1877487-6	04/6/91	F												

Vacunador(a): Leonor Sarmiento
Supervisor: Dr. Lora



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

la Sierra

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

Provincia / Area: Sto Pgo. Este Nueva St.
INSTITUCION: Disecor Salud Municipal

Municipio: Sto Pgo. Este
LUGAR: Sede Central Municipal

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)																	
No.	NOMBRE, APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA		
1	Alejo Garcia	001-1180377-1	10/06/73	M	✓												
2	Andrés Rafael de la Rosa	402-2048023-1	13/7/92	M	✓												
3	Isidro Garcia Ortega	001-1287865-7	4/3/78	M	✓												
4	Jose Manuel Vazquez Vazquez	049-0070325-9	5/4/84	M	✓												
5	Jose Luis Castillo Lopez	001-0560880-6	23/3/69	M	✓												
6	Adolfo Alberto Siles Jimenez	001-1442598-4	26/7/82	M	✓												
7	Hector Cabrera	001-16584923	3/2/83	M	✓												
8	Michael Paez Paez	001-0034303-5	1/1/85	M	✓												
9	Yorgenis Marrero Marrero	001-1943773-9	5/12/94	F	✓												
10	Saraí Mera Mera	001-0928546-0	25/5/72	F	✓												
11	Yleana Damián Flanagan	077-0008037-2	12/2/93	M	✓												
12	Rosa Amelia de la Cruz	001-0434525	13/2/66	F	✓												
13	Yeny de la Rosa	012-0110429-4	5/9/85	F	✓												
14	Blanca M. Sánchez	019-0014435-1	16/8/79	M	✓												
15	Abraham Roberto Cordero	023-0182573-7	5/2/96	M	✓												
16	Yaelian Eduardo Pineda	001-0767773-8	23/6/85	M	✓												
17	Yamier M. Reyes	001-1556008-8	16/7/79	F	✓												
18	Yusma Nieto Sierra	402-2156356-8	5/12/87	F	✓												
18	Yolanda Hbad	052-0009332	20/4/80	F	✓												
20	Yamier Yorgenis Pineda	001-0770513	16/6/82	F	✓												

Vacunador(a): Secada Samir

Supervisor:

Dr. Paez

Provincia / Area: Sto Pab B Ste
INSTITUCION: Quereon gual miquimara

Municipio: Sto Pab B Ste
LUGAR: Sede Central miquimara

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)																
No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	dT					Hepatitis B			Sarami/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	
1	Marcos Paul mator	402-13475227	24/3/83 M	—												
2	Leonidas Beltrán R	001-1877461-6	10/9/90 M	—												
3	Moisés Pizarro Beltrán	001-1106804-4	2/10/73 F	—												
4	Fernando Mator	0680025858-1	24/7/07 M	—												
5	Felipe Vales Beltrán	002-014141-2	24/11/83 M	—												
6	Cristian Cuervo Alcantara	0190019131-1	21/9/86 M	—												
7	Miguel Beltrán M	402-1366104-0	13/10/99 M	—												
8	Ramon Lamasco	001-1743771-5	25/11/84 M	—												
9	Felipe Sosa Bueno	001-09922849	11/4/84 M	—												
10	Marta Alicia Hernandez F	001-1403394-0	19/6/79 F	—												
11	Andrés Manuel Coss	402-2070359-7	27/3/91 F	—												
12	Yolanda Yoharob	001-0785446-3	14/1/78 M	—												
13	Arturo José Beltrán	402-249582-1	23/9/84 F	—												
14	Marina María Llanos	001-022558-2	22/8/72 F	—												
15	Elmer Darío Valdez	002-0118417-3	12/10/80 M	—												
16	Josefina Wanda Buita	001-0789473	10/12/72 M	—												
17	Castillo Hiram Guevara	0150004143-1	12/10/77 M	—												
18	Jose Miguel Sosa	00116412516-6	13/2/82 M	—												
19	Henry Lamasco	4023615883	7/1/78 M	—												
20	Genesis Houdele	402-20804644941	F	—												

Vacunador(a): Leonor Guevara

Supervisor:

Diego Torres

Provincia / Area: Sto Pgo. Edo. Nueva St.
INSTITUCION: Presidencia Municipal

Municipio: Sto Pgo. Edo.
LUGAR: Sto. Antonio Miguel

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)																	
No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	dT					Hepatitis B			Sarami/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLO UNICA	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	
1	Alejo Guerra	001-1180377-1	10/04/93	M	✓												
2	Andrés del Rio Duran	402-2048023-1	13/7/92	M	✓												
3	Edilio Garcia Ortega	001-1287865-7	4/3/78	M	✓												
4	Jose Manuel Lopez Lopez	049-0070325-9	5/4/84	M	✓												
5	Jose Luis Castillo Diaz	001-0560880-6	23/3/69	M	✓												
6	Edy H. Lopez Sotelo Jimenez	001-14912598-4	26/7/82	M	✓												
7	Robert Cabrera	001-1658423-3	2/8/83	M	✓												
8	Michael Perez Ojeda	001-0034303-5	1/1/85	M	✓												
9	Yorgani Nuñez Mota	001-1943733-9	5/12/94	F	✓												
10	Enay Nuñez Polanco Nuñez	001-0988546-0	25/5/72	F	✓												
11	Maribel Caridad Fuen	077-0080372	12/2/93	M	✓												
12	Rosa Amelia Duran	001-0434532-5	13/2/66	F	✓												
13	May Dela Rosa Ojeda	012-0110424-4	5/9/85	F	✓												
14	Graciela Sandoval	019-0014435-1	16/8/79	M	✓												
15	Alfonso Roberto Cortez	023-0182573-7	5/2/96	M	✓												
16	William Eduardo P. Jimenez	001-0767733-8	23/6/85	M	✓												
17	Guillermo M. Reyes	001-1556008-6	16/7/79	F	✓												
18	Christina Mito Guerra	402-2156356-6	5/12/87	F	✓												
18	Marcelo Hbad.	052-0004326-0	14/1/80	F	✓												
20	Guillermo Lopez Jimenez	001-0370513-3	16/8/82	F	✓												

Vacunador(a): Severina Soriano Cruz

Supervisor:

Dr. Herrera