DIGSA	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Requisitos de Vacunación Personal con Actividades Netamente Asistenciales DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-116-V1 Proceso: Administración del talento humano – Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

I. DATOS PERSONALES

Apellidos:	Lopez Pichimata	Nombres:	Jairo Nicolas
N° de Documento:	1019125484	Edad:	26 años
Genero:	Mujer		Hombre: X
Profesión u ocupación:	Medico general	Número de contacto:	311 837 2819
Correo electrónico:	jaironicaslopez@gmail.com		

II. DATOS LABORALES

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	X

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MÉDICO FAC

Cargo al que aspira: Medico general OPS

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carnet de vacunación?		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	14/12/22
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	16/07/16
			2da	Si	23/01/17
			3ra	Si	24/07/17
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema		
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra		
			2da		
			3ra		
			4ta		
			5ta		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra	Si	16/07/16
			2da	Si	23/01/17
			3ra	Si	24/07/17
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	Si	14/12/22
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	No	
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	Si	14/03/18

Powered by CamScanner

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	Si	24/07/17
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** Si certifica esta vacuna, se puede homologar por Td, pero no lo contrario.	1ra	Si	14/12/22
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra	Si	14/12/22
			1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		
Meningococo preferiblemente ACYW135	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	14/12/22
			1 Refuerzo a los 5 años		

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

VI. VERIFICACIÓNDEL ESQUEMA EN PAI

Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	SI		NO	
PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social	SI		NO	

OBSERVACIONES:

VII. FIRMA DE COMPROMISO

SI		NO		

VIII APROBACIÓN

SI		NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certificó que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

I. DATOS PERSONALES: Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electronico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

II. DATOS LABORALES: Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación, DIGSA= Dirección General de Sanidad Militar, DISAN EJC = Dirección de Sanidad Ejercito, DISAN ARC = Dirección de Sanidad Armada, JEFSA FAC = Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana.

III. TIPO DE VINCULACIÓN: Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN: Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN: Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y No Aplica de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VI. VERIFICACIÓNDEL ESQUEMA EN EL PAI: Verifique y marque con una (X) SI el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra o NO en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VII. FIRMA DE COMPROMISO: Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

VIII. APROBACIÓN: Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

Powered by CamScanner