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:	SOTO Leyva	Nombres:	Juliana Samira
N° de Documento:	1032474019	Edad:	27 AÑOS
Genero:	Mujer	X	Hombre
Profesión u ocupación:	Medico	Número de contacto:	3208514720
Correro electrónico:	JSSOTO1@FUCSALUD.EDU.CO		

II. DATOS LABORALES

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	X

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MÉDICO FAC

Cargo al que aspira: Medico General

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	17/Julio/13
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	10/Julio/14
			2da	Si	11/Agos/14
			3ra	Si	11/Feb/15
			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	Si	
			2da		
			3ra		
			4ta		
			5ta	SI	17/Julio/13
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			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	NO	Pendiente
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	SI	17/Julio/13
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	16/Ene/14

Powered by CamScanner

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.	SÍ	24/03/22
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** Si certifica esta vacuna, se puede homologar por Td, pero no lo contrario.	1ra	SÍ	24/03/22
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SÍ	12/04/22
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		
Meningococo preferiblemente ACYW135	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO	Pendiente
			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	X	NO	
PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social	SI	X	NO	

OBSERVACIONES:

VII. FIRMA DE COMPROMISO

SI	X	NO		

VIII APROBACIÓN

SI	X	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.

Juliana Soto L.

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.

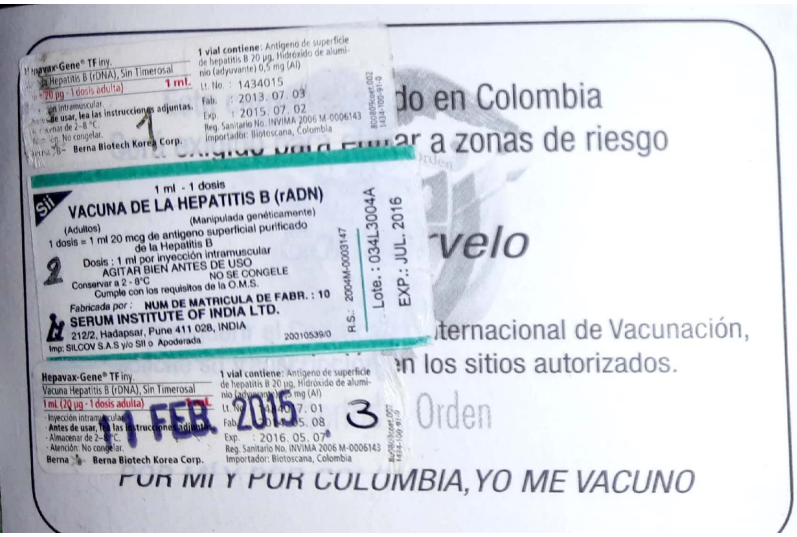
V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN: Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y No Aplica de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor 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



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN
¿Por qué no hoy?

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Juliana					
Apellidos:	Soto					
Documento de identidad:	C.C. -	T.I.	Pasaporte	No.	1032474019	
Fecha de Nacimiento:	Día: 04	Mes: 08	Año. 1995			

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	10 MAY 2012		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	17 JUL 2013	024100CA	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	10 JUL. 2014	143401	
	2	11 AGO. 2014	034L004A	
	3	11 FEB. 2015	143401	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		17 JUL 2013	1191F0337	
Contra Influenza		Enero 16/14	0309401	
		05 JUN 2015	117062-416	
Varicela		enero 16/14	5101231	
Otras	Hepatitis A (1)	17 JUL 2013		
	Hepatitis A (2)	16-01-14	AHAVB602CP	
	INFLUENZA	21 MAY 2019		

Dirección de Sanidad Fuerza Aérea

FUERZA: TA GRADO:

Nombres: Juliana Samira

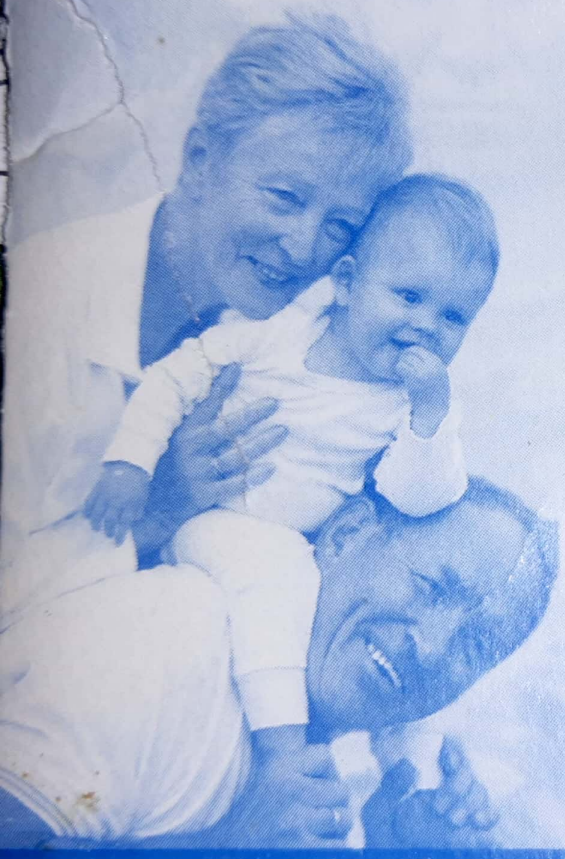
Apellidos: Soto Leyva

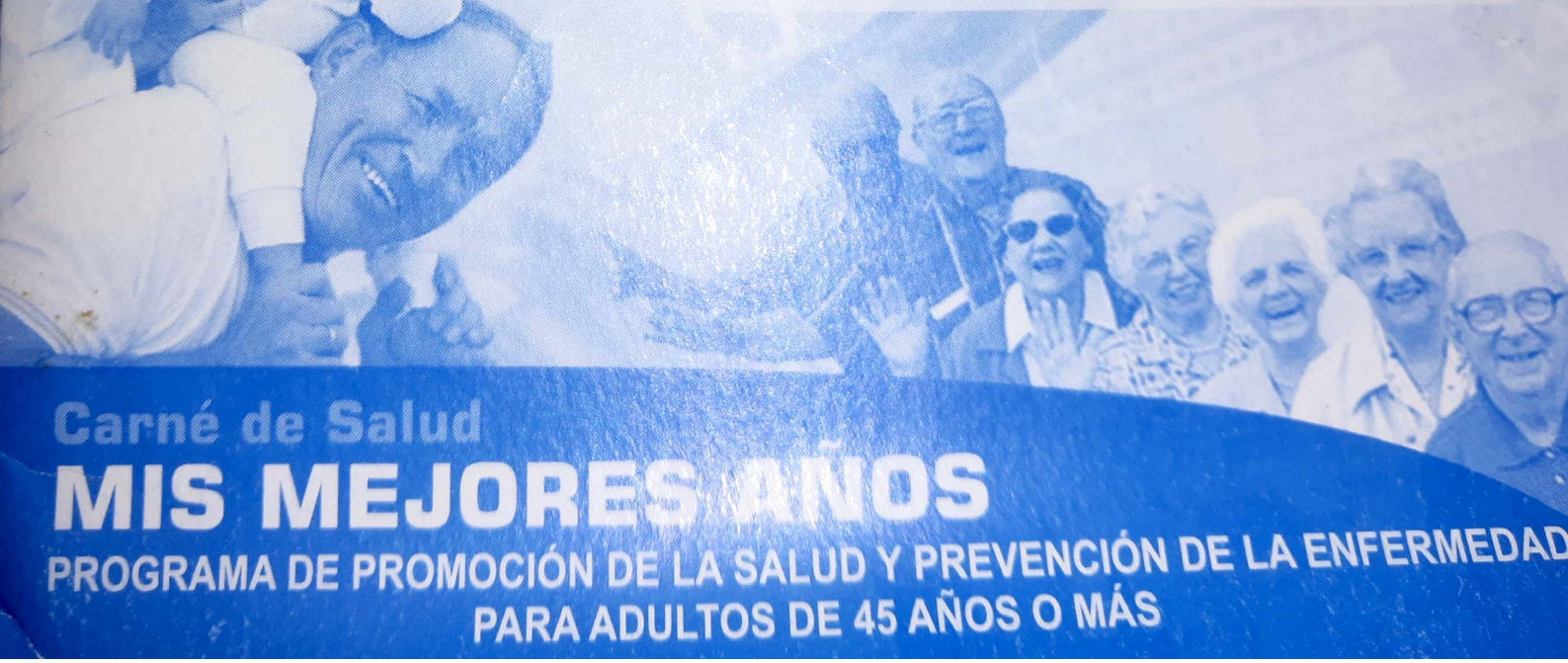
IDENTIFICACIÓN

C.C. No.: 1050804621

Activo: ☐ Retirado: ☐ Pensionado: ☐

Ocupación:





Carné de Salud

MIS MEJORES AÑOS

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

PARA ADULTOS DE 45 AÑOS O MÁS

Powered by CamScanner

CONTROL DE VACUNACIÓN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Vacuna/biológico	Fecha		Firma	Refuerzo	Lote	Firma
Toxoide tetánico y diftérico				Cada 10 años		
Influenza				Anual		
Hepatitis A	1a dosis					
	2a dosis					
Hepatitis B	1a dosis					
	2a dosis					
	3a dosis					
Hepatitis A y B	1a dosis					
	2a dosis					
	3a dosis					
Neumococo				Cada 5 años		
Fiebre amarilla	Zona Endémica			Cada 10 años		
Fiebre tifoidea	Zona Endémica			Cada 3 años		
Otros Sanapiàu - Rubeola		24 NOV 2021			0279004	

Diligencie los espacios con la dosis y la fecha en la que realiza la vacunación, el número de lote y la firma del vacunador

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: JULIANA SAMIRA

Apellidos: SOTO LEYVA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1032474019

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 08 Año 1995

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	4-3-21	P FIZER	EN 1195	HIUSJ	Alba Gómez C.C. 52.441.064 Aux. Enfermería	
	2	25-3-21	P Fizer	EN 1195	HIUSJ	Diana L. Gallo Aux. Enfermería	
		6 ENE 2022	AstraZeneca	AB057		Iron Alejandra Zamudio Aux De Enfermeria Cc: 1.012.397.688 Resolucion No 5629 de 23/05/2017	

Powered by CamScanner

VACUNACIONES

Para evitar tuberculosis (B C G) difteria tos ferina y tétanos (D P T) poliomielitis, sarampión y viruela

Polio RN YA

EDAD	TIPO	No.	FECHA	Obs.
RN	B. C. G.		YA.	
RN	Polio DA		YA	
2 meses	D. P. T.	1	8 NOV. 1995	
4 m		2		
6 m		3		
18 m.		REF:	27 ENE 1997	
5 años		REF:		
2 meses	POLIO	1	8 NOV. 1995	
4 m		2		
6 m		3		
18 m		REF:	27 ENE 1997	
5 años		REF:		
9 meses	SARAMPION		MAYO 22/02	
	~~VIRUELA~~			
15 meses	MMR	~~REF:~~	5 OCT. 1997	
	MMR	REF:	MAYO 1999.	
	TUBERCULINA			
	OTRAS			
	ACT HIB	1	8 NOV. 1995	
		2		
		3		
		ref.	27 ENE 1997	
	Hepatitis B	1	22 JUL 1996	
		2	27 ENE 1997	
		ref.		
~~REFUERZO~~	~~amarilla~~		~~11-octal~~	
FIEBRE	AMARILLA		11-octal	
Hepatitis A 2				

BUENA NUTRICION = NIÑOS SANOS

El alimento esencial es la LECHE

LECHE MATERNA: El mejor alimento para su niño durante la lactancia. Désela el mayor tiempo que pueda.

LECHE DE VACA: Tan buena como la materna en caso de que no pueda lactarlo.

LECHE EN POLVO: Igualmente buena si se prepara en proporciones correctas y buenas condiciones de higiene.

BUENA NUTRICION EN EL PRIMER AÑO

Para una buena nutrición todo el año dele LECHE MATERNA

1o. Jugos de frutas
2o. Purés de frutas
3o. Papilla de cereales
4o. Yema de huevo puré
5o. Purés: vegetales carne
6o. Leche de vaca fresca o en polvo
7o. Pan, tortillas o galletas
8o. Purés: Frijoles o arvejas
9o. Trocitos: raices y bananos
10o. Trocitos: de frutas y vegetales
11o. Carnes picadas o molidas
12o. Debe conocer y gustar todos los alimentos

FAC 4 - 735

FUERZA AEREA COLOMBIANA

SIC ITUR AD ASTRA

SANIDAD
TARJETA DE SALUD

TP

NOMBRE Soto Leyva Juliana

HISTORIA CLINICA No. 32248

FECHA DE NACIMIENTO 4 Agt. 95

EDAD _____ PESO 3450 TALLA 50.

NOMBRE DE LA MADRE _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

UNIDAD _____

SEÑORA: SIRVASE CONSERVAR ESTA TARJETA COMO ALGO IMPORTANTE EN LA VIDA DE SU NIÑO

Powered by CamScanner

VACUNACIONES

Para evitar tuberculosis (B C G) difteria tos ferina y tétanos (D P T) poliomielitis, sarampión y viruela

Polio RN YA

EDAD	TIPO	No.	FECHA	Obs.
RN	B. C. G.		YA.	
RN	Polio DA		YA	
2 meses	D. P. T.	1	08 NOV. 1995	
4 m		2		
6 m		3		
18 m.		REF:	27 ENE. 1997	
5 años		REF:		
2 meses	POLIO	1	08 NOV. 1995	
4 m		2		
6 m		3		
18 m		REF:	27 ENE. 1997	
5 años		REF:		
9 meses	SARAMPION		Mayo 22/02	
	~~VIRUELA~~			
15 meses	MMR	REF:	21 OCT. 1997	
	MMR	REF:	Mayo 19/99.	
	TUBERCULINA			
	OTRAS			
	ACT HIB	1	08 NOV. 1995	
		2		
		3		
		ref.	27 ENE. 1997	
	Hepatitis B	1	22 JUL. 1995	
		2	26 AGO. 1995	
		ref.	27 ENE. 1997	
		1		
~~Fiebre~~	~~amarilla~~		~~11-oct-97~~	
Fiebre	Amarilla		11-oct-97	
Hepatitis	A 2			

Powered by CamScanner

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR

OBSERVACIONES: _____

CAFAM

APROBADO: Jefe Sección Prevención y Salud Laboral VERSIÓN: 3

29-03-2016 F: 5822

CAFAM



Nos apasiona verte vital y saludable

Carné de Vacunación

Nombre: Juliana Samira Soto Leyva

Identificación: 1032474019 Teléfono: _____

Dirección: _____

CAFAM SUBDIRECCIÓN DE SALUD
CENTRO DE SALUD KENNEDY
VACUNACIÓN

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
HEPATITIS B	1ª	10 Julio 2014		
	2ª	11 Agosto 2014		
	3ª	11 Febrero 2015		
		12 Julio 2016		

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
HEPATITIS A	1ª	17 Julio 2013		
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
VARICELA	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
INFLUENZA	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	1ª	17 Julio 2013		

CENTRO DE SALUD KENNEDY
VACUNATORIO

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
T.D.	1ª			
	2ª			
	3ª			
	4ª			
	5ª	17 Julio 2013.		

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
VPH	1ª			
	2ª			
	3ª			

DPTA: 24 MAR 2022 : CS884BA

Triple Viral 24 MAR 2022 : A69FF364A

...n cada consulta
...en estado.

LOT/MFD/EXP: A69FF364A 10-2021 09-2023

Priorix
1 dose for reconstitution
1 dose pour reconstitution
1 dosis para reconstitución
Inj./Inyec. : S.C./I.M.

Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole/ Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
Storage/Cons. : 2°C - 8°C. Do not freeze
Ne pas congeler/ No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium

759855 306
(L) CS884BA
(E) MAY.2023

ADACEL® 0,5 mL
Toxoides tetánico y diftérico reducido y vacuna antipertussis acelular adsorbidos
Suspensión inyectable, Vía IM. Dosis: 0,5 mL
No congelar. Agitar bien antes de usar.
Conservar entre 2° y 8°C. Perú: R.S. BE-00571. Chile: I.S.P. N° B-2090. Ecuador: 29301-07-10. Colombia: R.S. No. INVIMA 2008M-0008078.
Sanofi Pasteur Limited, Canadá

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Juliana Samira

Apellidos: Soto Leyva.

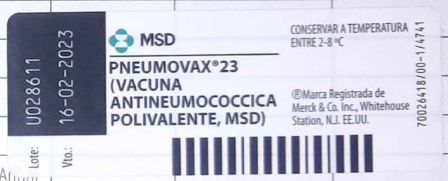
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1032474019

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 08 Año 1995

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	12/04/22	0121N052	UNIDAD LP IPS OK Promoción y Mantenimiento
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica				
Influenza estacional	Anual			
Otras	Neumo 23	1. 12/04/22	U028611	UNIDAD IP OK Promocion y Mantenimiento



Powered by CamScanner