


VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
OTROS				


IPS VACUNAR OLAYA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida
NIT 905354757-3
 CODIGO DEL PRESTADOR: 110512185401

CARNET DE VACUNACIÓN Nº 0483

NOMBRE JADER ESTIBEN YATE CASTRO

FECHA DE NACIMIENTO 07. JUN. 96 SEXO M

IDENTIFICACION 96060723520

TELEFONO 3114426131

Cra. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya - Tel: 408 21 80
 Cel: 321 322 90 92 - E-mail: vacunarolaya@gmail.com

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1	10/10/2016	013N4102	Maná Albenis Martínez R- 023 023 Aux. Enfermería
	2			
HEPATITIS B	1	19 SET. 2012	HEPATITIS B 035B1009 nov-14	
	2	9-08-17	1434030	
	3	11-09-17	14340330	
	R	18 MAR 2019	UX18005 MAY 2021 RUM 00015 ENF	Andrés León
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1	9-08-17	77711612V	
	2	11-09-17	220803910A	
	3	15-2-19	220811007A	
	4			
NEUMO-COCO	1			
FIEBREA AMARILLA	1			

OBSERVACIONES

B. C. G. Contra Tuberculosis.

POLIO: Contra Poliomiелitis.

(Parálisis Infantil)

D. P. T. Contra Difteria, Tosferina
y Tétanos.

T. D. Contra Tétanos y Difteria.

PRÓTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE



Servicio de Salud de Bogotá D.C.

ORGANISMO:

C-#17

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado:

Salvador Carlos Lora Steffen

Doc. Identidad:

96-06-07

Fecha de Nacimiento:

FORMA-E-72-SIS-153

TIPO DE	D O S I S								OBSERVACIONES
	1a. o Unica	2a.		3a.		Refuerzo			
	Fecha	FECHA		FECHA		FECHA			
	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna		
BIOLOGICO									
B. C. G.	VIII 8/96								Meningococo. 4 años MMR 07-08-04
SARAMPION	9/96								
FIEBRE AMARILLA									
POLIO	8/96		9/96						
D. P. T.	VIII		X-X						
T. D.									
OTRA Difteria	VIII 8/96		9/96						
OTRA Tuberculosis									

05 NOV 1996

Repuza.
Ps/ro y DPT
19-02-2001

Servicio de Salud de Bogotá
Policlinico Trinidad Galán
VACUNACION
Sello del Organismo