BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

COMPROMISO PERSONAL

Con el objetivo de dar cumplimiento Al 100% de los documentos que se requieren para el trámite y suscripción de la Orden de Prestación de Servicios con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, a través de este documento me comprometo a dar trámite del soporte pendiente en un plazo no superior a 15 días a partir de la firma del contrato, situación generada solo por la contingencia Nacional y Distrital del momento COVID 19

Fecha Febrero 20-2022

Nombres y Apellidos completos Gloria Julieta Osorio Patiño

Número de Cédula 30291155

Celular 3114943611

Perfil Enfermera

Documento pendiente _____

Soporte provisional que entrega (tarjetas profesionales)_____

Firma _____

Responsable del proceso de selección (Nombres Apellidos Completos y perfil)

_____

Escaneado con 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 ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	JULIETA OSORIO
Apellidos	PASTO
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No.
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes: Año:

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
AH1N1	05 Abril 2010	S170113A06	10/1	HRU

CARNE DE VACUNACION

Pertenece a:
Gluna Julieta
otoya patiño

Fecha de nacimiento:
19 de julio 1969

Historia clínica No.
164529

Observaciones:
30291155 - IPI

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD	DOSIS	EDAD
BCG	Tuberculosis	1ª dosis	Recién Nacido Hasta 6 meses
Polio	Poliomielitis	1ª dosis 2ª dosis 3ª dosis 4ª dosis 1º refuerzo 2º refuerzo	Recién nacido 2 meses 4 meses 6 meses 18 meses 5 años
Hepatitis B	Hepatitis B	1ª dosis 2ª dosis 3ª dosis	Recién Nacido 2 meses 6 meses
DPT	Tetanos Difteria Tosferina	1ª dosis 2ª dosis 3ª dosis refuerzo 2º refuerzo	2 meses 4 meses 6 meses 18 meses 5 años
Triple Viral	Paperas Rubeola Parotiditis	1ª dosis refuerzo	12 meses 10 años
Haemophilus Influenzae Tipo B	Meningits por Haemophilus Influenzae	1ª dosis 2ª dosis 3ª dosis refuerzo	2 meses 4 meses 6 meses 18 meses
Toxoide Tetanico	Tetanos	1ª dosis 2ª dosis 3ª dosis 4ª dosis 5ª dosis refuerzo 2º refuerzo	entre 10 y 45 años al mes de la 1ª a los 6 meses de la 2ª al año de la 3ª al año de la 4ª al año de la 5ª a los 5 años del 1º
Fiebre	Fiebre Amarilla	1ª dosis	a los 12 meses

MIS VACUNAS	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	FIRMA
BCG					
ANTIPOLIO					
ANTIHEPATITIS B	30	Primera SEGUNDA. Tercera.	28/04/2000 30/05/2000 06/07/00	Refuerzo H.B 21-03-03	
TRIPLE VIRAL			Marzo 28.00 01 MAR. 2005		
DPT		T.D:	① Marzo 28.00 ② Abril 28.00 ③ [illegible] 28/00 ④ ⑤	Enero A.	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B					
OTRAS					

Escaneado con CamScanner