

OBSERVACIONES

B. C. G. Contra Tuberculosis.

POLIO: Contra Poliomielitis.

(Parálisis Infantil)

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

T. D: Contra Tétanos y Difteria.

PROTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE



Servicio de Salud de Bogotá d.e.

ORGANISMO:

CC. 52 315 059 - 1

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Unwado
Nombre del Vacunado:

H. Sonia Nieto

Doc. Identidad:

Jair Andres Gaitan D.

Fecha de Nacimiento:

Julio 10-99

RIN

FORMA-E-72-SIS-153

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	16-11-11	012M9003 12/11	+15
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

TIPO DE	D O S I S								OBSERVACIONES
	1a. o Unica	2a.		3a.		Refuerzo			
	Fecha	Cita	FECHA	Vacuna	Cita	FECHA	Vacuna		
BIOLOGICO									
B.C.G.	VIII-12-99								Polio ad. 11/12/99
SARAMPIÓN	VII-11-11								Eda Nuevo 12/2000
FIEBRE AMARILLA	12-2000								Sarampión Junio 5/2002
POLIO	SEP 1999								Ref 2005 junio 2-04
D.P.T.	SEP 1999								Ref 2005 junio 2-04
T. Viral	enero 25/2007								Ref 2005 junio 2-04
OTRA	SEP 1999								Ref 2005 junio 2-04
OTRA	SEP 1999								Ref 2005 junio 2-04
OTRA	SEP 1999								Ref 2005 junio 2-04
OTRA	SEP 1999								Ref 2005 junio 2-04

HOSPITAL GENERAL DE KENNEDY

[Firma]
Gabineta Interna

Sello del Organismo

Servicio de Salud de Bogotá d.e.

OBSERVACIONES

B. C. G. Contra Tuberculosis.

POLIO: Contra poliomyelitis.

(*Paralipsis Infantii*)

D. P. T.: Contra Difteria; Tosterind

y Tétanos.

T. D.: Contra Tétanos y Difteria.

PROTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE

Yader, Andres Cartin.

ORGANISMO:

1-650 514 25 11

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

How fast?

Nombre del vacunado: H. Souza Neto

Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

FORMA-E-72-SIS-153

TIPO DE	D O S I S							
	1a o Unica	2a.	3a.	Refuerzo				
	Fecha	FECHA	FECHA	FECHA				
BIOLOGICO	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B.C.G.	11/12/79							
FIEBRE AMARILLA	11/12/79							
POLIO	11/12/79							
D.P.T.	11/12/79							
T.Viral	11/12/79							
OTRA	11/12/79							
OTRA	11/12/79							
OTRA	11/12/79							

Sello del Organismo

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		24 AGO 2019		
Virus de Papiloma Humano				

Desprender
UJ17148
21 FEB 19
21 FEB 20
L M E
Jus de
Fluoridación

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1	18 FEB 2019	PRIORIX L A69CE718A 30/01/2020	IPS MUNDO SALUD
	2			
HEPATITIS B	1	18 FEB 2019	TWINRIX L AHAB8367AQ 28/02/2020	IPS MUNDO SALUD
	2	18 MAR 2019	RECOMBAX UFX18008 jul-21	IPS MUNDO SALUD
	3	18 SEP 2019	RECOMBAX UFX18008 ago-21	IPS MUNDO SALUD
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1		IPS 8348	
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1	18 FEB 2019	ANTITETANICA 220800117A 30/12/2019	IPS MUNDO SALUD
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

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

Consérvelo

caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Yader Andres

Apellidos:

Coridan Nieto

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐

No. 107325385

Fecha de
Nacimiento:

Día 10 Mes 07 Año 1999.

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

IPS *MundoSalud* Medical Group

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

Nº 2010

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

NOMBRE:

Yader Andres Coridan N.

IDENTIFICACIÓN:

1073253856

SEXO: M

FECHA DE NACIMIENTO:

10-7-99

TEL:

3222234309

696 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sur Barrio Olaya

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

YADER ANDRES GAITAN NIETO

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1073253856

Fecha nacimiento / Date of birth

10/07/1999

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3222234309

Correo electrónico / e-mail

andresgaitan.321@gmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

ET6924

FA5843

-

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

-

Centro vacunador / Administering Center

BOGOTÁ -
PROYECTAR SALUD
SAS

BOGOTÁ -
PROYECTAR SALUD
SAS

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

08/05/2021

01/06/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

DK4SXMSQZ36WJ6ERCKO
QK23QXWPRAUG77I4ZBAS
2TBRCGOBJITJPA

OV47N2QFLU4AL35F2W5ZJ
6VXPSCG7MTVYCVIN3MXK
JIUXMKNU4BQ

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

04/01/2022

04/01/2022

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

[Ver certificado en MiVacuna](#)

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

[View certificate in MiVacuna](#)

FECHA INGRESO: 17-02-2020 HORA: 11:56am
FECHA IMPRESIÓN: 20-02-2020 HORA: 01:17Pm
DRA. ANA DEL CARMEN ZUÑIGA CUADRO
REG. HABILITACIÓN: 110012556103

N° de Orden	:7578	No. Interno	: 7578
Paciente	: YADER ANDRES GAITAN NIETO	Edad	: 20 AÑOS
Documento Id.	: 1073253856	Teléfono o Cel.	: 3222234309
Empresa	: LAB. CLÍNICO ANA ZUÑIGA CUADRO	E-Mail	:-----
Sede	: OLAYA	N° Autorización	:11073253856

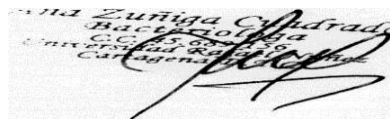
Examen	Resultado	Unidades	Valor Referencia
<u>INMUNOLOGIA ESPECIAL</u>			
<u>HORMONAS</u>			
<u>HEPATITIS B AC HBS – ANTI HBS :</u>	932.6	UI/L	0 - 0

CONCENTRACION DE AC ANTI-HBS DESPUES DEL CICLO DE INMUNIZACION, Y TIEMPOS ACONSEJADOS PARA LA INOCULACION DE REFUERZO

INFERIOR A 10 UI/L : INMEDIATAMENTE
10-100 UI/L: : Después de 3-6 Meses
100-1.000 UI/L : Después de 1 Año
1.000-10.000 UI/L : Después de 7 Años

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLÍNICA

Dirección Operativa de Laboratorio



Dra. ANA ZUÑIGA CUADRO
C.C 45689156

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.