ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 29 de julio de 2020 06:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1070962081
Nombres y Apellidos	DIANA GARZON MATEUS		
Fecha de nacimiento:	02/09/1991		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	18/01/2019	Fiebre Amarilla	P3A11	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	09/06/2015	Engerix B Adultos	1434018	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	13/07/2015	Hepavax Gene	AHBVC417A1	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	21/08/2015	Recombax B	UFX14004	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Refuerzo	15/07/2016	Hepavax Gene	1434024-03	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 29 de julio de 2020 06:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1070962081
Nombres y Apellidos	DIANA GARZON MATEUS		
Fecha de nacimiento:	02/09/1991		

Sarampión y Rubéola	Primera dosis	18/01/2019	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Td	Primera dosis	21/08/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	15/01/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	VIRREY SOLIS SEDE OLAYA
	Tercera dosis	07/01/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	221501517B	UNIDAD DE ATENCION SALUDABLE
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	**Fecha:**		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	**Fecha:**		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

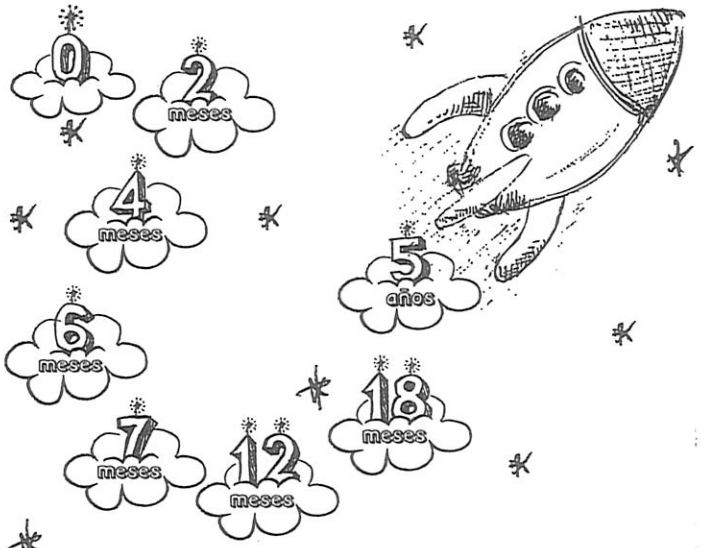
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

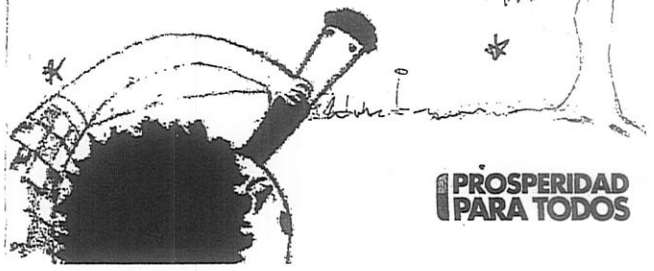
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Diana Marcela Gaitan
Fecha de nacimiento: 02-09-1991
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: _____
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O Negativo
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: 3223655385
Responsable: _____
Municipio de residencia: Bogota
Departamento: Bogotá

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª						
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual	7- ENERO 2020	GCFLU	V502490074	ABRAHAN UNCON		ONNER FINO
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	TD 3	3	7- ENERO 2020	BIOLOGICAL	E1501S1B	ABRAHAN UNCON		ONNER FINO

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

IPS Mundo Salud Medical Group

Nº 2654

NOMBRE: Diana Marcela Garzón

IDENTIFICACIÓN: 1070962081 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 02-09-91 TEL.: 3223655385

696 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sur Barrio Olaya

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1	01 AGO 2019	VARIVAX R023301 30/04/2020	IPS MUNDO SALUD
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1	01 AGO 2019	AGRIPAL L.256091C1C 30/10/2019	IPS MUNDO SALUD
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA						

Cód. de Prestador 11-00117798-012
Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com
VIGILADO Supersalud

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES: DIANA GAFZON MATEUS

DOCUMENTO: 1.070962081 TEL:

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.
PBX 749 53 41
Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246
inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	9-06-2015		143198		Inmunosalud
	2 DOSIS	13-07-2015		A1BVC4AA1		Inmunosalud
	3 DOSIS	21-08-2015		CFx1444		Inmunosalud
	REFUERZO	15-07-2016		143424		Inmunosalud
VARICELA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
DPTA	1 DOSIS					
NOMBRE	DIANA GAFZON MATEUS					

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 DOSIS	21-09-2015		D2221		Inmunosalud
	2 DOSIS	15 ENE 2019		22150516	U501040	
	3 DOSIS	15-06-19				
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO					
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS					

INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1º de enero de 2001 se escribe como 1º enero 2001.
2. Si la vacunación esta contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes Internacional y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. *The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year - the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.*
2. *If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.*
3. *Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.*
4. *The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.*

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. *La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année – le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.*
2. *Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.*
3. *Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.*
4. *Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.*

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Expedido a · *Issued to · Délivré à*

Diana Marcela Goiza Mateus

Número del pasaporte o del documento de Identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

1.070.962.081

UNASALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

OTRAS VACUNACIONES

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad	Fecha	Fecha de la próxima dosis (fecha):	Fabricante y número del lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease targeted	*Date*	*Next booster (date):*	*Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Maladie visée	*Date*	*Prochain rappel (date):*	*Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot*	*Signature et titre du clinicien responsable*
SyR	18 ENE 2019	Única	0128U13002 12/20	

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que: Diana Marcela Cuizan Mateus

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento 02.04.1991 **Sexo** F **Nacionalidad** Col.

date of birth/ né(e) le *Sex/ de sexe* *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación 1.010.962.081

national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

F - amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis* / *Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha / *Date* / *Date*	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician* / *Signature et titre du clinicien responsable*
F - amarilla	8 ENE 2019	Hilary Hernández.

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* / *Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot*	Certificado válido / *Certificate valid* / *Certificat valuable*	
	Desde / *From* / *à partir du :*	**Hasta** / *Until* / *jusqu'au :*
P3A11-12/d	Única Dosis	F - Tetravalente

4

5

FECHA INGRESO: *21-11-2020* ***HORA:*** *12:12Pm*
FECHA IMPRESIÓN:*26.-11-2020 HORA: 02:53pm*
DRA. *ANA DEL CARMEN ZUÑIGA CUADRO*
REG. HABILITACIÓN: *1100125556103*

N° de Orden	: 12539	**No. Interno**	: 12539
Paciente	: DIANA MARCELA GARZON MATEUS	**EDAD:**	: 29 AÑOS
Documento Id.	: 1.070.962.081	**TELEFONO:**	: 3223655385
Empresa	: LAB. CLÍNICO ANA ZUÑIGA CUADRO	**CODIGO :**	: 11070962081

Examen	Resultado	Unidades	Valor Referencia

INMUNOLOGIA ESPECIAL

VARICELA ZOSTER AC IGG	1.56	UI/L	0 - 0

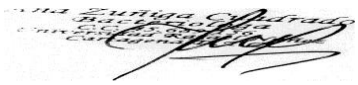
Valor Negativo : ≤ 0.90

Muestra Dudosas : 0.91 a 1.00

Muestras Positivas : ≥1.1

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.



CARRERA 20 No. 27 – 06 SUR PISO 2 Bogotá
No TELEFONO -3102526363
BIOLAB@GMAIL.COM – VACUNACIONMUNDOSALUD@GMAIL.COM

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
RIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
ARICELA	1	01 AGO 2019	VARIVAX R023301 30/04/2020	IPS MUNDO SALUD
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1	01 AGO 2019	AGRIPAL L.256091C1C 30/10/2019	IPS MUNDO SALUD
	2	21.11.2020	V3022001B	VS ENFERMERA
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Digna marcela

Apellidos: Gorzon matcus

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

No. 1.070.962.081

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 09 Año 1997

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-02-21	PFIZER	EN1195 06/2021	UMITES calle 80	Jorge Jaime	80 191 776
	2	19/03/21	PFIZER	EN1195	Calle 80	SANDY VARGAS	1010168266

Escaneado con CamScanner