

VACUNA	DOSES REFERIDO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
HEPATITIS B	1 DOSES 03581009	01 MAR 2012	Inmunosalud	
	2 DOSES 03581009	03 ABR 2012	Inmunosalud	
	3 DOSES 03581009	03 MAY 2012	Inmunosalud	
	4 DOSES 03581009	26 JUN 2012	Inmunosalud	
HEPATITIS A	1 DOSES			
	2 DOSES			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

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

NIT 900174965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 410011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: Diana Carolina Peña Rodríguez

DOCUMENTO: 104 250 307

TELÉFONO:

VACUNA	DOSES REFERIDO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
TETANICO	1 DOSES		23 Feb 2012	Colsubsidio
DIFTERIA	2 DOSES		2 Abril 2012	Colsubsidio
	1 DOSES		23 Ago 2013	Colsubsidio
	1 DOSES		22 NOV 2014	Colsubsidio
TRIPLE VIRAL	REFERIDO			
	1 DOSES			
	2 DOSES			

AC37B158CA
09-2016

boostrix™
LOT/EXP:

PBX:
211 9289
Cel:310 237 1397

SEDE RESTREPO
Carretera 17 No. 15-46 sur local 305

SEDE PRINCIPAL
Carretera 15 No. 51-14 Piso 2

inmunosalud@etb.net.co
www.inmunosalud.com


Inmunosalud
Cód. de Registro: 11-00177798-0112
VACUNACIÓN
Autorizado por Secretaría de Salud


GOBIERNO DE CUNDINAMARCA
Superintendencia de Salud

Nombre:

Registro Civil:

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

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.

Estas vacunas son gratuitas

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Nombre de nacimiento: _____ Fecha: _____
PRIMER CONTROL MÉDICO
Fecha de cita programada: _____ Fecha en que asistió: _____ Profesional que atendió: _____
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha	Edad	Fecha
0 meses		42 meses	
15 meses		48 meses	
30 meses		54 meses	
45 meses		60 meses	
60 meses		66 meses	

Los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina B12 desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha
42 meses	
48 meses	
54 meses	
60 meses	
66 meses	

Los niños se debe realizar toma de TSH al momento de la visita para estudio de hipotiroidismo.

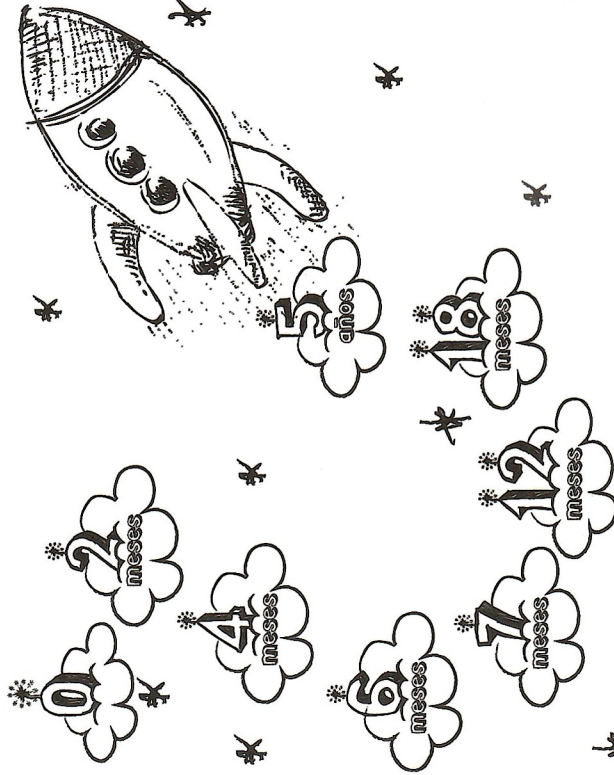
Nombre: _____ Fecha: _____
Profesional que verificó: _____

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



de cero
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 Catalina Rosa
Fecha de nacimiento: 21-12-1993
Nº de certificado de nacido vivo: CC: 1014250307
Registro civil: _____
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: _____
Dirección: Calle 74 # 58-31
Teléfono: 3158432108
Responsable: _____
Municipio de residencia: _____
Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	01-04-21	PFIZER	En 1195 V:06-2021	Virrey SOLIS C/198	YINA CAICEDO	1016-659.420
	2	07 MAR 2021	PFIZER	EP449	PROYECTAR SALUD S.A.S	Neel Marino Salamanca	1018509996


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

DIANA CAROLINA

Apellidos:

PEÑA RODRIGUEZ

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1.014.250.307

Fecha de
nacimiento:

Día 27 Mes 12 Año 1993

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.



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Diana

Apellidos:

Perez

Documento
de identidad:

C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E.

Número de
documento:

1014280307

Fecha de
nacimiento:

Día 22 Mes 12 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	17 DIC 2024	VISA	C. A. Perez
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				