Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1031153843

Fecha nacimiento / Date of birth

07/06/1994

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3102391989

Correo electrónico / e-mail

hdrueda221@hotmail.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

EN1195	ER1742	017J21A

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	MODERNA SWITZERLAND GMBH

Centro vacunador / Administering Center

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	BOGOTÁ - CAPS OLAYA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

03/03/2021	24/03/2021	29/11/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

LSNHB44OIZTNRCNFM7CXATYCBRT72C7Q6NXQ7MT3ZV2IRFU7REJA	BBWMU66OOJ52VDC55LGDUSRZLSK5J7USRJHIAJGR2LLOVQRJCEDA	E5PECHHSQ6XWT6RW4G3U6QV6ET4CPEBVQMZN2N7PTV3ZHUWE5NBQ

Fecha de emisión del documento / Document issued

27/01/2022	27/01/2022	27/01/2022

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 Inmunization - 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

vitălea

Salud proactiva a tu alcance

Más información en:

@vitaleasalud +57 317 3836592 (60-1) 743 5519

www.vitalea.com @vitalea.salud

Vitălea 109	Vitălea 45	Vitălea suba
Cll 109 # 15-91	Cll 45 # 8-98	Av. Suba # 128-88

vitălea

Carnet de vacunación

Nombre: Heman Dario

Apellido: Rueda Rodrigues

Documento: C.C☑ T.I☐ P.E.P☐ C.E.☐ Pasaporte☐

N° Documento: 1031153843

Fecha de nacimiento: 7/06/1994

BIOLÓGICO		FECHA	LOTE/FV	FIRMA VACUNADOR
ANTI TETANICA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
ANTI HEPATITIS B	1ra Dosis	2/11/24		
	2da Dosis			
	3er Dosis	2/12/2024		
	Refuerzo			
DPT	1ra Dosis			
VARICELA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
TRIPLEVIRAL	1ra Dosis			
	2da Dosis			
ANTI HEPATITIS A	1ra Dosis			
	2da Dosis			
FIEBRE AMARILLA	Dosis única			
FIEBRE TIFOIDEA	1ra Dosis			

COLCAN
NIT. 830.066.001-5
Vacunación

BIOLÓGICO		FECHA	LOTE/FV	FIRMA VACUNADOR
HERPES ZOSTER	Dosis única			
NEUMOCOCO 13	Dosis única			
NEUMOCOCO POLISACARIDO	Dosis única			
	Refuerzo según indicación			
MENINGOCOCO	Dosis única			
ANTIRRABICA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			
	4a Dosis			
INFLUENZA	1ra Dosis			
	Refuerzo			
VPH	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			

PREVENIR ES MEJOR QUE CURAR

VACUNAS: Son sustancias que contienen anticuerpos específicos que al ser inoculados en el niño producen defensas contra determinada enfermedad.

REGISTRO DE VACUNACION

B.C.G. : Contra tuberculosis al nacer.

SARAMPION : Una dosis a los 9 meses.

POLIO : Contra Parálisis Infantil. Una dosis al 2o. mes de nacido. 2a. dosis, dos meses después. 3a. dosis, dos meses después. Refuerzo al año y medio y otro a los 5 años.

D.P.T. : Contra Tos Ferina, Difteria, Tétanos. Una dosis al segundo mes de nacido. Segunda dosis dos meses después de la primera y Tercera dosis dos meses después de la segunda. Refuerzo al año y medio. Se aplica junto con la de Polio.

D.T. : Contra Difteria y Tetános, refuerzo a los 5 años de edad.

M.M.R. : Contra Paperas, Rubeola y Sarampión. Dosis única

Hepatitis B 1d. 27 SET. 1994
Hepatitis B 2d. 24 10/94
Hepatitis B 3d. 29 ABR. 1995
Rubeola 94
18 MAR. 1995
24 10 94 15 DIC. 1995 05 JUN 1995
24 10 94 15 DIC. 1995 05 JUN 1995
17 FEB 2007 Rg. 12A.
30 SET. 1995 Haemophylus
19 ENE 2007 HAP-Hepatitis A.
1a 23 ENE 2001 VARICELA 23 JUN. 2012
2da 20 JUN 2001 23 JUN. 2012

VACUNA VARICELA BIKEN™ VACUNA VARICELA DE VIRUS VIVO ATENUADO Lote CP133B 16AG02013 Vence

SUERO ORAL

La deshidratación puede producirse por diarrea. Evítela.

Un niño deshidratado corre peligro de muerte. Evite la diarrea, que puede producir la deshidratación.

Dele al niño el Suero Casero o las Sales Orales desde la primera deposición diarréica. Acuda al médico o centro de salud más cercano si la diarrea persiste.

Mezclar bien: 1 Litro de agua hervida fría

1 Sobre de sales orales

DOSIS: Menos de 12 meses: de 1 a 2 onzas, cada media hora.
- 1 a 3 años: 2 a 3 onzas cada media hora.
- de 36 a 60 meses: 3 a 4 onzas cada media hora.

PREPARACION DEL SUERO CASERO



4 cucharadas de azúcar

1 cucharadita de sal

1 litro de agua hervida

Se debe hervir, mezclar, dejar enfríar y ofrecerle en cantidades pequeñas al niño.

NUTRICION

Para que su niño esté bien nutrido ofrézcale:

Recién nacido : Leche materna durante el primer año.

2 meses : Jugo de frutas.

3 meses : Papilla de frutas.

4 meses : Carne y vegetales molidos o en caldos.

7 meses : Todos los alimentos que consume la familia, progresivamente, en forma líquida y blanda.

La consistencia de los alimentos debe ir cambiando a medida que el niño aprenda a masticar.

Utilice siempre agua hervida en la preparación de los alimentos.

RECOMENDACIONES

- La leche materna es el alimento más completo en los primeros meses de vida.
- El baño diario y el aseo bucal son salud para su hijo.
- Enseñe al niño el lavado de manos con frecuencia, especialmente antes de comer.
- Nunca deje los niños solos en casa, ni en el baño, tina, estanque o piscina ni siquiera por un minuto.
- Cuando compre los juguetes de su hijo, tenga en cuenta la edad, personalidad y el medio en que se desenvuelven.
- No deje que su hijo juegue con tijeras, cuchillos u objetos cortopunzantes.
- No deje al alcance de los niños pequeños, juguetes u otros objetos que puedan meterlos en la boca.
- Nunca deje abajo las barandas del corral o cuna cuando el niño esté dormido.
- Mantenga al niño alejado de calentadores, planchas y demás fuentes de calor. Evite quemaduras.
- No deje gasolina, cocinol, fósforos u otras sustancias inflamables al alcance de su hijo.
- Al cumplir su hijo un año y medio de vida, debe haber completado el cuadro de vacunación.
- Si su niño tiene fiebre alta, báñelo con agua tibia, evitando corrientes de aire. No use fricciones de alcohol.
- No automedique a su niño.

Impreso en Colsubsidio

SERVICIO DE SALUD COLSUBSIDIO

CONSEJOS UTILES PARA LA SALUD DE SU HIJO

CARNÉ INFANTIL

NOMBRE: Hernan Dario Rueda.

FECHA DE NACIMIENTO: Junio 7/94

No. DE HISTORIA CLINICA: 26047274.
26911811

R.C. 21130381



Scanned by TapScanner

ESQUEMA ANTIRRÁBICO

No. DOSIS		No. DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	3		
	3a.	7		
	4a.	14		
	5a.	28		
PRE-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	7		
	3a.	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1a. Dosis		
		2a. Dosis		
		3a. Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			

Anotaciones Especiales

Vigilado Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

300085

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Hernán Darío Rueda Rodríguez

FECHA DE NACIMIENTO: 07-Junio-1994 **SEXO:** M

TELÉFONO: CC. 1031153843

Sv004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m̂	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
NEUMO. POLISACARIDO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a	27 DIC 20	CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION NACIONAL QUERA
	2a		
	3a		