



Nº 4543

PROGRAMA
DE SALUD PREVENTIVA

CARNET DE VACUNACIÓN

1er. apellido Ortiz 2do. apellido Deiza Nombre Deiza
Día 19 Mes 19 Año 19 Edad 19
Dirección
Teléfono 22 334 92 Ciudad Bogotá

VACUNAS	R	2	3	4	5	6	9	12	18	OBSERVACIONES
BCG	x									Refuerzo cada 5 años (infantes y adultos)
Hepatitis B	x	x	x							A los 6 años se aplica refuerzo solo D.T.
DPT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Refuerzo a los 5 años
Polio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Una sola dosis de 18 meses hasta 5 años
Haemophilus	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Refuerzo entre los 10 y 12 años
Triple viral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	A cualquier edad en caso de epidemia
Meningococo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Desde los 6 meses de edad y refuerzo anual
Influenza	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Refuerzo cada 10 años
DT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

N: Recién nacido
X: Mes en que se debe aplicar la vacuna.

¡VACÚNESE!

EL RETRASAR EL TIEMPO DE VACUNACIÓN, PUEDE ALMENTAR
EL RIESGO DE PADECER ESTAS ENFERMEDADES.
LA RESPONSABILIDAD CON SU NIÑO COMIENZA CON USTED

¡VACÚNESE!

VACUNAS	1ª CITA	VACUNA	2ª CITA	VACUNA	3ª CITA	VACUNA	Refuerzo	
							CITA	VACUNA
BCG								
HEPATITIS B	✓	03-04-98	✓	05-05-98	✓	28-10-98		
DPT (Difteria - Pertusis - Tétano)								
POLIO								
HAEMOPHILUS (Hib)								
TRIPLE VIRAL (M.M.R.)								
MENINGOCOCCO								
INFLUENZA (Antigripal)								
D.T. (Difteria - Tétano)								

PREVENIR ES SALUD

Cra. 14 Nº 83-26 Cons. 308 Tels.: 6100471 - 2567358 Telefax: 2567234 Santafé de Bogotá

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.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: **DAISY Elizabeth**
Apellidos: **Ortiz Huertas**
Documento de identidad: C.C. y T.I. Pasaporte No **57905843**
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **01** Año **1979**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	21 AGO 2020	CSK	IPS combertor
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	21 AGO 2020		
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1	20-01-2000	02278	
	2	29-05-2006	Salud Total	
	3	16-06-2012	02272	
	4	16-10-21	2339X026A	IPS Concepción E.
	5	11-19	16-10-22	
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	16-10-21	03 BBS	IPS Enquistado
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Daisy Elizabeth**
Apellidos: **Ortiz Huertas**
Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:
No. **52 705 343**
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **01** Año **1979**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16/02/21	PFIZER	EN1195	Unibes calle 80	Carmen Pacheco	30060888
	2	18/03/21	PFizer	EN1195	calle 80	Sandra niño	111689173
		04 MAR 2022	PFIZER	10963	Ciudadano	Adriana Rincón C.C. 52.210.696 Auxiliar de enfermería	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **DAISY ELIZABETH**
Apellidos: **ORTIZ HUERTAS**
Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:
No. **52 705 343**
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **01** Año **1979**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	17-02-2022	PFIZER	PA0074	C.C. Galerías	Claudia Chicaza C.C.: 27.436.314 Aux. Enfermería Dios te bendiga	
	2						

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52705343
Nombres y Apellidos	DAISY ELIZABETH ORTIZ HUERTAS
Fecha de nacimiento:	15/01/1979

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	26/02/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGA CALLE 80
	Segunda dosis	18/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGA CALLE 80
	Refuerzo	04/03/2022	Pfizer	210963	CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACION Y MEDICINA DEL TRAB
DPT	Única				
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



Institución vacunadora: 110013029103

Fecha de generación del carné: martes, 03 de diciembre de 2024 03:33 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52705343
Nombres y Apellidos	DAISY ELIZABETH ORTIZ HUERTAS
Fecha de nacimiento:	15/01/1979

DPT Acelular	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
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				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	03/12/2024	Green Cross 0.5 ml	V50524004	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA CALLE 80
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				

Datos del Vacunado

Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación: 52705343
Nombres y Apellidos: DAISY ELIZABETH ORTIZ HUERTAS
Fecha de nacimiento: 15/01/1979

Neumococo Trece valente	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	20/01/2000	Toxoide Tetánico y diftérico	D2278	
	Segunda dosis	29/05/2006	Toxoide Tetánico y diftérico	SALUD TOTAL	
	Tercera dosis	16/06/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	D2272	
	Cuarta dosis	16/10/2021	Toxoide Tetánico y diftérico	2339X026A	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	21/08/2020	Priorix	A69CE988A	UNIDAD DE SERVICIOS CALLE 134
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				



29-E29-1748115

Página N° : 1 of 1
 Fecha ingreso : 27/11/2024 07:21:43 AM
 Fecha de muestra: 27/11/2024 07:21:43 a. m.
 Fecha impresion : 29/11/2024 01:24:42 PM

No. de Orden: E29-1748115
 Paciente : ORTIZ HUERTAS DAISY ELIZABETH
 Documento Id: 52705343
 Empresa : PARTICULAR
 Sede : BOG OCCIDENTE
 E-Mail : daisyortizh@hotmail.com

No. Interno : E29-1748115
 Edad : 45 a 10 m 12 d
 Fecha Nacimiento: 15/01/1979
 Sexo : FEMENINO
 Teléfono : 3115371934
 No. Autoriza :

VARICLIA**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia	Web
--------	-----------	----------	-----------------------------------	-----

MICROELISAS

VARICELA ZÓSTER AC IG G

VARICELA ZÓSTER AC IGG (CLIA)

1851 mIU/mL 0 - 0

se sugiere correlacionar con historia clínica.
 INTERVALOS BIOLÓGICOS DE REFERENCIA:

Negativo: Menor a 150 mIU/mL
 Indeterminado: De 150 - 175 mIU/mL
 Postivo: Mayor o Igual a 175 mIU/mL

Tecnica: Inmunoensayo quimioluminiscente (CLIA)

Validó: Reg 52055113 CLAUDIA MENDEZ JAIMES

29/11/2024 01:20 PM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

29/11/2024 01:20 PM

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte