

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

Nombres: **Leidy Tatiana**

Apellidos: **Loaiza Gomez**

Documento de identidad: C.C. ATI Pasaporte No. **1014301330**

Fecha de nacimiento: Día **06** Mes **11** Año **1998**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
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	24/10/2023	17-1-23 22V0222008	RSC
Otras				

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Apellidos:

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No.

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	NOV 04/11	01249003	12/11
Toxoide Tetánico	1			
Diftérico	2			
Td	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				


ESQUEMA ANTIRRABICO				
Nº DOSIS		Nº DIA	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				

SV0014

1014301330

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.E.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión	19 ENE 2019	01250413002 12/20
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	02 JUN 2018	1434021
	2ª Dosis	05 JUL 2016	1434024.03/14
	3ª Dosis	05 AGO 2016	1434024.03/18
	Refuerzo	24 AGO 2017	1434025.03 Juan P.

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	09.11.17	F. mm
	2ª Dosis	28.05.18	221501516 Angie B.
	Refuerzo	27.06.18	221502006 Angie B.
M.S. TETANOS	1ª Dosis	4.15.01.20	Serum 233800044E Ximara N. 75.5.11.88
	2ª Dosis	22-09-21	233900026A ANDREA
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA L.C.T.E. Nº (Válida por 10 años)		19 ENE 2019	P3A10 12/11/17
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neum. Pulsacido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
	1ª	09.11.17	F. mm
	2ª	22-09-21	1150221007 ANDREA F.
Influenza (gripe)	3ª		


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

14720
MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **LEIDY TATIANA**

Apellidos: **LOAIZA GOMEZ**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cual:

No. **1.014.301.330**

Fecha de nacimiento: Día **06** Mes **11** Año **1998**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	30-03-21	PFIZER	EN1142	SILCO	Beatriz Garcia	SL331031
	2	20/04/21	PFIZER	ER9449 02/21	S.E.C.O.	Jorge Gonzalez	80.235347
		10-01-202	Pfizer	FM2963	vive digital	Juan David Arda	1014302160

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO**SEDE : CALLE 26****No INGRESO: 2156961****Paciente: LEIDY TATIANA LOAIZA GOMEZ**

Edad: 23 Años

Género: Femenino

Medico: OTROS PRESTADORES DE SALUD

Fecha Hora Ingreso: 2022-04-09 11:43

Servicio: EMPRESA

No ORDEN: 2019040908068

Historia: 1014301330

Teléfono: 2981521-0

Fecha de impresion: 2022-04-10 17:29

Cama:

Examen**Intervalo Biológico de Referencia****INMUNOLOGIA**VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMI O
AUTOMATIZADO

Resultado:

161.3 mUI/ml

*

0.0 - 149.0

Negativo: Menor de 150 mUI/ml

Positivo: Igual o mayor de 150 mUI/ml

METODO: QUIMIOLUMINISCENCIA (CLIA)

Bacteriologo: LYGNA MARGARETH YAHIN CUBIDES GUTIERREZ. Tp. 52972592

LOAIZA GOMEZ LEIDY TATIANA Orden: 2019040908068

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



24-E24-1237016

Página N° : 1 of 1
 Fecha ingreso : 15/09/2022 06:51:39 PM
 Fecha de muestra: 15/09/2022
 Fecha impresion : 16/09/2022 03:28:25 AM

No. de Orden: E24-1237016
 Paciente : LOAIZA GOMEZ LEIDY TATIANA
 Documento Id: 1014301330
 Empresa : GLADYS JARAMILLO BERRIO
 Sede : BOG REFERENCIA
 E-Mail : leidy_tatianaig@hotmail.com

No. Interno : E24-1237016
 Edad : 23 a 10 m 9 d
 Fecha Nacimiento: 06/11/1998
 Sexo : FEMENINO
 Teléfono : 3102596013
 No. Autoriza : 0

HBSAC**

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

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L

Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación

10 - 100: Niveles de protección

Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 1002024983 WILMAR PIMIENTA MONTERROSA

16/09/2022 12:32 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analítica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)

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



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

leidy Tatiana

Apellidos:

barza Gomez

Documento
de identidad:

C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de
documento:

1014301330

Fecha de
nacimiento:

Día 06 Mes 11 Año 1998

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	Annual	5.12.24	USO 824004	Jenny Cardona Pro
	Annual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				