

Nombre **AYALA DANIEL ANTONIO**
Identificación **CC 79408506** Tel. **3153398048~ -**
Edad **51 Años 10 Meses 10 Dias** Sexo **M**
Médico **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento **8248490**

Fecha de recepción: **03-sep-2018 3:12 pm**
Fecha de impresión: **17-sep-2018 11:33 am**
Empresa **ANALISIS TECNICOS LTDA -SUBRED NORTE**
Sede **REFERENCIA**
Fecha Validación **03-sep-2018 8:19:00p.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

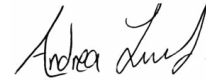
mUI/ml

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml

Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml


DIAZ IBAÑEZ ELIANA
C.C 21.062.197
BACTERIOLOGA

ANDREA STHEFANY LEMUS MEZA
C.C 1.098.764.588
BACTERIOLOGA

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			



 Vigilancia 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



260611

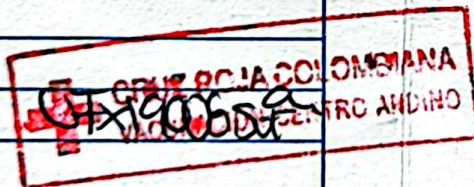
CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: DAVID ALVARO ARIAS SANCHEZ

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

TELÉFONO: _____ C.C. 79-408-506

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLJO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis	18 FEB 2020	
	2a. Dosis	18-03-2020	
	3a. Dosis	18-04-2020	
	Refuerzo	18-02-2021	



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			
NEUMOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
NIM. POLIVACUNADO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			LABORATORIO	FECHA DE VENCIMIENTO	NÚMERO DE LOTE	FECHA PRÓXIMA CITA			NOMBRE DEL VACUNADOR
		DD	MM	AA				DD	MM	AA	
PAPILOMA	1ra										
	2da										
	3ra										
TOXOIDE TETAINICO	1ra										
	2da										
	3ra										
	4ta										
DIFTERICO Td	5a										
HEPATITIS B	1ra										
	2da										
	3ra										
HEPATITIS A	1ra	03 ABR 2024 Sono f:				V3K48	Unidad Médica y de Diagnostico CENTRO MEDICO SEDE TORRE COLMEDICA SANTA BARBARA VACUNACION	Yenny Mendin			
	REF	03 octubre 2024									
FIEBRE AMARILLA	Única										
SARAMPION - RUBEOLA PAPERAS	Única										
NEUMOCOCO	1ra										
	REF										
VARICELA	1ra										
	2da										
HEPATITIS A + B	1ra										
	2da										
	3ra										

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
DIFTERIA - TETANOS TOSFERINA - DPT(a)	1ra REF	DD MM AA		DD MM AA

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
1ra			
2da			

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
FIEBRE TIFOIDEA	Única	DD MM AA		DD MM AA

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
Única			

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
TETANOS	Única	DD MM AA		DD MM AA

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
Única			

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
INFLUENZA	1ra	DD MM AA		DD MM AA

	2da			
	3ra			

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
1ra			
2da			
3ra			

RECOMENDACIONES

838929  Realizar masaje, no rasarse en el sitio de aplicación de la vacuna.

No aplicarse cremas, ungüentos, gel en el sitio de aplicación de la vacuna.

Si presenta una temperatura mayor a 38°C, administrar acetaminofén según las indicaciones médicas.

Manuf.: Si posterior a los cinco días de aplicación de la vacuna, persiste la inflamación
10092021 hinchazón (edema), el enrojecimiento de la piel y dolor en el sitio
Lot: V3K48 de la aplicación, consultar al médico.

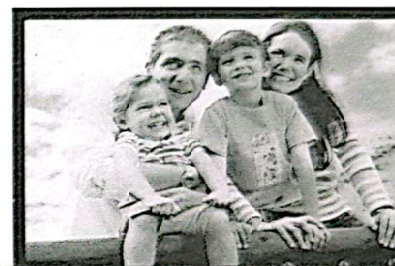
Ed: 08-2024 Si posterior a los cinco días de aplicación de la vacuna, persiste la inflamación
o hinchazón (edema), el color rojo (rubor), llega hasta el codo
si se aplicó la vacuna en el brazo, consulte al médico.

AVAXIM 160U
Vacuna contra la hepatitis A
(inactivada, adsorbida)
Suspensión inyectable
0.5 ml - 1 dosis
Via intramuscular
Conservar entre 2°C - 8°C
4 años de vida

03-04
2024
sitio de aplicación secreción blanca o amarilla, consulte al médico.

CARNÉ DE VACUNACIÓN ADULTOS

Unidad Médica y
de Diagnóstico - IPS



NOMBRE: Daniel Antonio Ayala Soto

No. IDENTIFICACIÓN: 79403506

SEXO: Masculino

EDAD: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

DEPARTAMENTO: _____

AMA-VAC-FT-02

Dosis Number	Vacuna Vaccine	Fecha de aplicación Date of Vaccination
1	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	11/04/2021
2	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	05/05/2021
4	MODERNA SWITZERLAND GMBH	04/12/2021



[Datos de vacunación / Vaccination Details / détails de vaccination](#)

Member state placeholder

Este certificado no es un documento de viaje. La evidencia científica en la vacunación del COVID-19, pruebas y recuperación continúa evolucionando, incluso con respecto a las nuevas variantes de virus de interés. Antes de viajar, verifique las medidas de salud pública aplicables y las restricciones relacionadas aplicables en el punto de destino.

This certificate is not a travel document. Scientific evidence on COVID-19 vaccination, testing, and recovery continues to evolve, including information concerning the new virus variants. Before traveling, check your destination's applicable public health measures and related restrictions.

Ce certificat n'est pas un document de voyage. Les preuves scientifiques sur la vaccination, les tests et la récupération de la COVID-19 continuent d'évoluer, notamment en ce qui concerne les nouvelles variantes virales d'intérêt. Avant de voyager, vérifiez les mesures de santé publique applicables et les restrictions connexes applicables au point de destination.

La información relevante se encuentra aquí/ See relevant information on the link/ Les informations pertinentes sont ici <https://reopen.europa.eu/en>

Instrucción de plegado

Instrucción de plegado



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - GOBIERNO DE COLOMBIA

Emisor del certificado / Certificate issuer / émetteur du certificat

CO-Colombia

Estado miembro en el que se administró la vacuna / Member State in which vaccine is administered / État membre de vaccination

Moderna Biotech Spain S.L.

COVID-19 titular de la autorización de comercialización de la vacuna o el fabricante / Vaccine Marketing Authorization Holder or Manufacturer / Fabricant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du vaccin

COVID-19 Vaccine Moderna

COVID-19 medicamento de la vacuna / Vaccine medical product / Médicament vaccinal

SARS-CoV-2 mRNA vaccine

COVID-19 vacuna / Vaccine / Vaccin

Colombian Digital COVID-19 Certificate /
Certificat numérique COVID-19 de Colombie

Certificado digital contra SARS-CoV-2
(Covid-19) de Colombia

Certificado digital contra SARS-CoV-2 (Covid-19) de Colombia

Colombian Digital COVID-19 Certificate /
Certificat numérique COVID-19 de Colombie

Nombres y apellidos / Full name / Nom(s) de famille et prénom(s)

DANIEL AYALA

Fecha de nacimiento / Date of birth / Date de naissance

24/10/1966




MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Daniel Antonio

Apellidos:

Ayala Solano

Documento
de identidad:

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

No.

79 408 506

Fecha de
nacimiento:

Día

24

Mes

10

Año

1966

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	23 JUL 2022	PFIZER 2do Refuerzo	ACC 5853	FORJA Contigo Siempre! NIT. 900.162.688-6	Diana Patricia Romero Torres Técnico Auxiliar de Enfermería C.C. 52.520.986	
	2						

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
		DD MM AA		DD MM AA
DIFTERIA - TETANOS TOSFERINA - DPT(a)	1ra REF			

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
1ra			
2da			

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
		DD MM AA		DD MM AA
FIEBRE TIFOIDEA	Unica			

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
Unica			

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
		DD MM AA		DD MM AA
TETANOS	Unica			

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
Unica			

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA
		DD MM AA		DD MM AA
INFLUENZA	1ra			
	2da			
	3ra			

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
1ra			
2da			
3ra			

DOSIS	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL VACUNADOR
1ra			
2da			
3ra			

RECOMENDACIONES	789475
-----------------	--------

No realizar masaje, no rascarse en el sitio de aplicación de la vacuna.

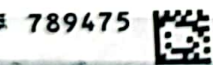
No aplicarse cremas, ungüentos, gel en el sitio de aplicación.

Si se presenta una temperatura mayor a 38°C, administrar según las indicaciones médicas.

Si posterior a los cinco días de aplicación de la vacuna, persiste la inflamación o hinchazón (edema), el enrojecimiento de la piel y dolor en el sitio de la aplicación, consultar al médico.

Si la inflamación o hinchazón (edema), el color rojo (rubor), llanto o si se aplicó la vacuna en el brazo, consulte al médico.

Si sale del sitio de aplicación secreción blanca o amarilla, consultar al médico.



030-002
W3C37
Exp: 02-2025

TETAVAX 40 U.I.

Vacuna antitetánica adsorbida

0.5 ml - 1 dosis

Suspensión inyectable

Via IM o subcutánea profunda

Agitar bien

Conservar entre 2°C y 8°C

Vaseo controlado

CARNÉ DE VACUNACIÓN ADULTOS

Unidad Médica y
de Diagnóstico – IPS



NOMBRE: DANIEL ANTONIO AYALA SOLANO

No. IDENTIFICACIÓN: 79408506

SEXO: MASCULINO

EDAD: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

DEPARTAMENTO: _____

AMA-VAC-FT-02

VACUNA CONTRA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN			LABORATORIO	FECHA DE VENCIMIENTO	NÚMERO DE LOTE	FECHA PRÓXIMA CITA			NOMBRE DEL VACUNADOR
		DD	MM	AA				DD	MM	AA	
PAPILOMA	1ra										
	2da										
	3ra										
TOXOIDE TETAINICO <i>TETAVAX</i>		15	MAR	2024	<i>SANOFI</i>	✓ 31/08/2026 ✓	31/08/2026				<i>Carol Avila</i>
	2da				15 ABRIL 2024						
	3ra										
	4ta										
	5a										
DIFTERICO Td											
HEPATITIS B	1ra										
	2da										
	3ra										
HEPATITIS A	1ra										
	REF										
FIEBRE AMARILLA	Única										
SARAMPIÓN - RUBEOLA PAPERAS	Única										
NEUMOCOCO	1ra										
	REF										
VARICELA	1ra										
	2da										
HEPATITIS A + B	1ra										
	2da										
	3ra										

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
Triple Viral	✓	03 ABR 2024	A69CF 2024	Zald. Martinez

504341

LOT/IDE/EXP:

A09FF702A
11-2023
10-2025

Priorix
 1 dose for reconstitution
 1 dose pour reconstitution
 1 dosis para reconstitución
 Inj./Inyec.: S.C./I.M.

Measles, mumps and rubella vaccine
 Vaccin contre la rougeole, les oreillons et
 la rubéole/ Vacuna contra el sarampión,
 la parotiditis y la rubéola
 Storage/Cons.: 2°C - 8°C. Do not freeze
 Ne pas congeler/ No congelar
 GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium





*Nos apasiona verte
vital y saludable*

Carné de Vacunación

Nombre: Daniel Antonio Ayala Solano

Identificación: 79408506 Teléfono: 3153398048

Dirección: calle 86 69H 40 1

CAS Floresta.
Centro de Atención