



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110012482622

Fecha de generación del carné: sábado, 11 de noviembre de 2023 03:09 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1004349680
Nombres y Apellidos: ANA ISABEL SOLANO RIVEROS
Fecha de nacimiento: 12/09/1997

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	08/03/2021	Pfizer	EN1195	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
	Segunda dosis	28/03/2021	Pfizer	EN1195	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	03/01/2019	Fiebre Amarilla	P3A10	TERMINAL SATELITAL SUR
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	05/04/2018	Hepavax Gene	1434034.02	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR KENNEDY
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis	Pendiente			
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	11/11/2023	BUTANTAN	230046	EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 13 LOCAL17
Meningococo	Única				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1004349680
Nombres y Apellidos: ANA ISABEL SOLANO RIVEROS
Fecha de nacimiento: 12/09/1997

Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	03/01/2019	Sarampión -Rubéola	009N7005A	TERMINAL SATELITAL SUR
Td	Refuerzo	04/04/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221501316A	UPA 79 CARVAJAL X 10 AÑOS. 2ET
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	* ? Pendiente			
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	03/01/2019	Varilrix	A70CD228A	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR KENNEDY
		2 dosis -			
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis	24/05/2013	Gardasil	J002191	GRUPO EXTRAMURAL - KENNEDY

Institución vacunadora: 110012482622

Fecha de generación del carné: sábado, 11 de noviembre de 2023 03:09 p.m.

ALDÍA MAYOR
BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1004349680
Nombres y Apellidos	ANA ISABEL SOLANO RIVEROS
Fecha de nacimiento:	12/09/1997

VPH Tetravalente

Segunda dosis

18/11/2013

Gardasil

J007041

GRUPO EXTRAMURAL - KENNEDY

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	Mes	Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
	Neumococo	1ª										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
	Influenza	1ª										
7 Meses	Influenza	2ª										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª										
	Fiebre Amarilla	1ª										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual										
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
	VPH	1ª										
Niñas 9 Años o más	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
	VARICELA											
Vacunas complementarias y otras 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

Al momento de nacer

Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida

Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH: _____

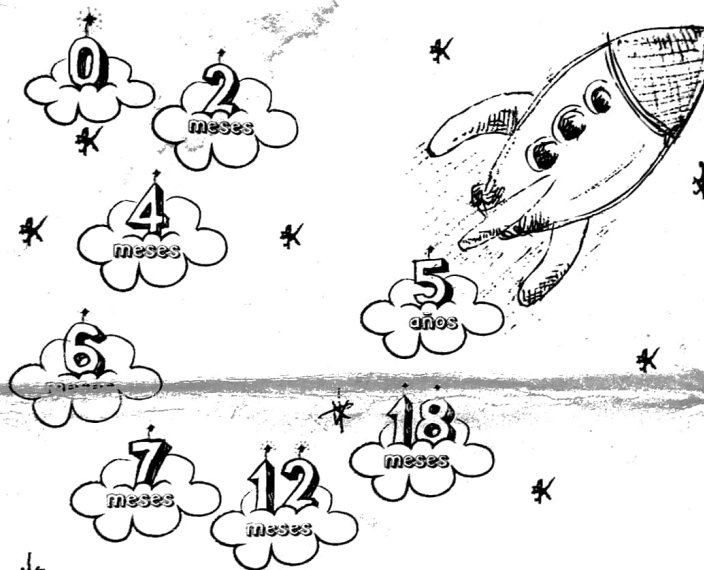
Fecha verificación: _____

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



MinSalud

Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Ana Isabel Salano

Fecha de nacimiento: 9-12-1997

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: 001004349680

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: 0+

Peso al nacer: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Responsable: _____

Municipio de residencia: Bogotá

Departamento: Cundinamarca

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Rq
 04 ABR 2018
 221501316A⁵/19 PPS 79
 05 ABR 2018
 1321533046gdy Borda

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	UNICO	26-12-18	E3644 ¹ /19	R-S-O GARCIA Alejandro Salazar
Virus de papiloma humano				

Virus de papiloma humano
 Compensar salud

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Ana Isabel

Apellidos:

Salano Riveras

Documento
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

1004349680

Fecha de
Nacimiento:

Día

12

Mes

09

Año

1997

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	05 ABR 2019	1463403402	COMPENSAR
	2	18 NOV. 2023	L. 220600622A 30/11/2025	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3/A
	3	15 DIC 2023	Centro Especializado en Vacunación	
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1	03 ENE 2019	A70CD28A	COMPENSAR
	2	18 NOV. 2023	VAPIVAX X009075 28/08/2025	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3/A
INFLUENZA	1		Centro Especializado en Vacunación	
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICA	1			
	2			
	3			
F. TIFOIDEA	1			
T. VIRAL	1	18 NOV, 2023	PRIORIX A69CF527A V.30/09/2024	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT. 900.394.707-3
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado en Vacunación

Nº 8001



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: ANA ISABEL SOLANO RIVEROS

IDENTIFICACIÓN: 1004349680


TELÉFONO: 3166259853 F.N. 09 Dic 97

Carrera 16 No. 26A - 08 Sur B. Olaya - Tel.: (601) 804 10 05

Cels.: 310 300 70 01 - 310 674 82 24

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08-03-21	Pfizer.	EN1195 30-06-21	C.U.C.	ESTHERANY ALVARADO	1030632769
	2	28-03-21	Pfizer	Gullas 6-21	CCX	JULIA Murcia	104196000
	3	01/12 2021	Moderna	040875	R-80	Jaquelin Behran	52384376


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

ANA ISABEL.

Apellidos:

SOLANO RIVEROS.

Documento
de identidad:

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

No. 1004349680.

Fecha de
nacimiento:

Día 09 Mes 12 Año 1997.