



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559737

Fecha de generación del carné: martes, 10 de junio de 2025 7:50 p. m.

Datos del Vacunado

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía       |
| Número de identificación: | 52762252                   |
| Nombres y Apellidos       | ROSA HELENA RIVERA ALVAREZ |
| Fecha de nacimiento:      | 25/04/1984                 |

|                             |               |            |                               |            |  |
|-----------------------------|---------------|------------|-------------------------------|------------|--|
| DPT Acelular                | 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 | 16/02/2013 | Engerix B Adultos             | 034I1002B  | TANIA SALUD - INMUNOSALUD                    |
|                             | Segunda dosis | 16/03/2013 | Engerix B Adultos             | 034I1002B  | TANIA SALUD - INMUNOSALUD                    |
|                             | Tercera dosis | 20/04/2013 | Engerix B Adultos             | 034L2002A  | TANIA SALUD - INMUNOSALUD                    |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis |            |                               |            |  |
|                             | Segunda dosis |            |                               |            |  |
|                             | Tercera dosis |            |                               |            |  |
|                             | Refuerzo      |            |                               |            |  |
| Influenza                   | Única         |            |                               |            |  |
| Meningococo                 | Única         |            |                               |            |  |
| Meningococo Conjugado       | Única         |            |                               |            |  |
| Meningococo Polisacárido    | Primera dosis |            |                               |            |  |
| Neumo Conjugado             | Única         |            |                               |            |  |
| Neumo Polisacárido          | Primera dosis |            |                               |            |  |
|                             | Refuerzo      |            |                               |            |  |
| Neumococo                   | Primera dosis |            |                               |            |  |
|                             | Refuerzo      |            |                               |            |  |
| Neumococo Conjugado         | Primera dosis |            |                               |            |  |
|                             | Segunda dosis |            |                               |            |  |
|                             | Tercera dosis |            |                               |            |  |
|                             | Refuerzo      |            |                               |            |  |
|                             | Única         |            |                               |            |  |
| Sarampión y Rubéola         | Primera dosis | 15/11/2018 | Sarampión -Rubéola -<br>SERUM | 0128W13002 | GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA<br>HERMOSA |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559737

Fecha de generación del carné: martes, 10 de junio de 2025 7:50 p. m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía  
Número de identificación: 52762252  
Nombres y Apellidos: ROSA HELENA RIVERA ALVAREZ  
Fecha de nacimiento: 25/04/1984

| 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    | 25/02/2021 | Pfizer           | EN1195 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL |
|                          | Segunda dosis    | 18/03/2021 | Pfizer           | EN1195 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL |
| DPT                      | Única            |            |                  |        |                                       |
| DPT Acelular             | Única            |            |                  |        |                                       |
|                          | Primera dosis    |            |                  |        |                                       |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                       |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                       |
|                          | Primer refuerzo  |            |                  |        |                                       |
|                          | Primera dosis    |            |                  |        |                                       |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |        |                                       |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |        |                                       |
|                          | Cuarta dosis     |            |                  |        |                                       |
|                          | Quinta dosis     |            |                  |        |                                       |



Datos del Vacunado

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía       |
| Número de identificación: | 52762252                   |
| Nombres y Apellidos       | ROSA HELENA RIVERA ALVAREZ |
| Fecha de nacimiento:      | 25/04/1984                 |

|                            |                 |            |                              |           |                                 |
|----------------------------|-----------------|------------|------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Td                         | Primera dosis   | 20/04/2013 | Toxoide Tetánico y diftérico | 024L1009C | TANIA SALUD - INMUNOSALUD       |
|                            | Segunda dosis   | 27/09/2024 | Serum                        | 2333L021C | CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100 |
| 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   |            |                              |           |                                 |
|                            | Refuerzo        |            |                              |           |                                 |
|                            | Primera dosis   |            |                              |           |                                 |
| Varicela                   | Primera dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Segunda dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Refuerzo        |            |                              |           |                                 |
| Varicela + Triple Viral    | Única           |            |                              |           |                                 |
| VPH Bivalente              | Primera dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Segunda dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Tercera dosis   |            |                              |           |                                 |
| VPH Nona Valente           | Única           |            |                              |           |                                 |
|                            | Primera dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Segunda dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Tercera dosis   |            |                              |           |                                 |
|                            | Única           |            |                              |           |                                 |
| VPH Tetravalente           | Única           |            |                              |           |                                 |



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

**Conservelo**

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:

Rosa

Apellidos:

Puente

Documento  
de identidad:

CC ☐ TI ☐ Pasaporte ☐

No 52762252

Fecha de  
Nacimiento:

Día 27

Mes 04

Año 1984

| Biológico                               | Dosis | Fecha      | Fabricante<br>y Lote | Firma |
|---|-------|------------|----------------------|-------|
| Sarampión<br>Rubéola                    | 1     |            |                      |       |
| Toxoide<br>Tetánico<br>Difitérico<br>Td | 1     | 3-07/2007  | EU405734             | MARCA |
|   | 2     | 12-06/07   | EU024                | MARCA |
|   | 3     | 8-04/08    | 0241024              | Jenys |
|   | 4     | 20-05/2009 | 0241024              | Jenys |
|   | 5     | 24-03/2013 | 0241024              | Tonci |
| R27d1                                   |       | 27-4-2024  |                      |       |
| Contra<br>Hepatitis B                   | 2     |            |                      |       |
|   | 3     |            |                      |       |
|   | R     |            |                      |       |

| Biológico                      | Dosis | Fecha       | Fabricante<br>y Lote | Firma |
|--------------------------------|-------|-------------|----------------------|-------|
| Contra<br>Fiebre<br>Amarilla   |       |             |                      |       |
| Contra<br>Influenza            |       | 12 JUN 2025 | ✓ 5052506            | NA    |
| Virus de<br>Papiloma<br>Humano |       |             |                      |       |
|                                |       |             |                      |       |
|                                |       |             |                      |       |
|                                |       |             |                      |       |
|                                |       |             |                      |       |



# Colombia



### Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: 3b51f97d-6a1e-4663-b2de-11de91239d57

Nombres y apellidos / Full name

**ROSA HELENA RIVERA ALVAREZ**

Número de identificación / ID Number

5 2 7 6 2 2 5 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/04/1984

Tipo de identificación / ID Type

# CÉDULA DE CIUDADANÍA

Pais nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3214488488

Correo electrónico / e-mail

**rositaenfermeria@hotmail.com**

**Datos de Vacunación / Vaccination detail**[illegible]

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAWEB**, according to the **Wide Program of Immunization - 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 vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



38-E38-255027

Página N° : 1 of 1  
 Fecha ingreso : 16/06/2025 07:34:09 AM  
 Fecha de muestra: 16/06/2025 07:34:09 a. m.  
 Fecha impresion : 21/06/2025 11:44:32 AM

No. de Orden: E38-255027  
 Paciente : RIVERA ALVAREZ ROSA HELENA  
 Documento Id: 52762252  
 Empresa : PARTICULAR  
 Sede : SOACHA  
 E-Mail : rositaenfermeria@hotmail.com

No. Interno : E38-255027  
 Edad : 41 a 1 m 21 d  
 Fecha Nacimiento: 25/04/1984  
 Sexo : FEMENINO  
 Teléfono : 3214488488  
 No. Autoriza :

VARICLIA\*\*HBS\*\*

Web

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

## HORMONAS

### HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

#### HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS (ARCHITECH)

20 IU/L 0 - 0

No reactivo: Menor a 10 IU/L  
 Reactivo: Mayor o igual : 10 IU/L  
 CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación  
 10 - 100: Niveles de protección  
 Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: INMUNOANÁLISIS QUIMIOLUMINISCENTE DE MICROPARTÍCULAS (CMIA)

Validó: Reg 60394944 DIANA FORIGUA CUELLAR

20/06/2025 05:06 PM

## MICROELISAS

### VARICELA ZÓSTER AC IG G

#### VARICELA ZÓSTER AC IGG (CLIA)

678 mIU/mL 0 - 0

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 37294573 Nanci Medina Jerez

21/06/2025 10:51 AM

## FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

-  
 21/06/2025 10:57 AM

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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



| VACUNA          | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN | LOTE | FIRMA |
|-----------------|-------|---------------------|------|-------|
| FIEBRE TIFOIDEA |       |                     |      |       |
| MENINGO COCO    |       |                     |      |       |
| DPT ACELULAR    |       |                     |      |       |
| ANTIRRA BICA    | 1     |                     |      |       |
|                 | 2     |                     |      |       |
|                 | 3     |                     |      |       |
|                 | R     |                     |      |       |
| OTRAS           |       |                     |      |       |
|                 |       |                     |      |       |



IPS ESENCIAL

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN  
CON LA VACUNA EN ACCIÓN  
GANAMOS PROTECCIÓN

Nombre: Rosa Helena Rivera Alvarez  
Documentos de Identidad 52.762.252  
Tel: 3214488488 FIN 25 ABR 84

Nº 5412

320 951 3385

323 800 1237

(601) 870 4173

esencialtuvida@gmail.com

Cra. 6 # 17 - 40 SOACHA Barrio San Luis

| VACUNA      | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN | LOTE   | FIRMA        |
|-------------|-------|---------------------|--|--------------|
| TRIPLEVIRAL | 1     | 16 JUN 2025         | <small>           TPIV (D3E1)K<br/>           X89CF825A<br/>           30/08/2026         </small> | IPS ESENCIAL |
|             | 2     |                     |  |              |
| HEPATITIS B | 1     |                     |  |              |
|             | 2     |                     |  |              |
|             | 3     |                     |  |              |
|             | R     |                     |  |              |
| HEPATITIS A | 1     |                     |  |              |
|             | 2     |                     |  |              |
| VARICELA    | 1     |                     |  |              |
|             | 2     |                     |  |              |

| VACUNA                       | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN | LOTE | FIRMA |
|------------------------------|-------|---------------------|------|-------|
| INFLUENZA                    | 1     |                     |      |       |
|                              | 2     |                     |      |       |
|                              | 3     |                     |      |       |
| TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO | 1     |                     |      |       |
|                              | 2     |                     |      |       |
|                              | 3     |                     |      |       |
|                              | 4     |                     |      |       |
|                              | 5     |                     |      |       |
| NEUMO COCO                   | 1     |                     |      |       |
| FIEBRE AMARILLA              | 1     |                     |      |       |

Nº 5412