



RE: CONTACTENOS IPS PROFAMILIA PASAR DOSIS A HSIOTORICO MENOR CON ORDEN MEDICA

Desde Marcela, Gomez Upegui <MGomez@saludcapital.gov.co>
Fecha Mar 04/11/2025 12:50
Para Jose Leonardo, Piñeros Baquero <JLPineros@saludcapital.gov.co>

Cordial saludo

De acuerdo con su solicitud, le informo que se ha procedido a mover la dosis correspondiente al histórico, tal como fue requerido.

Tipo identificación	Identificación	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Hora Nacimiento	Edad
TI	1016744097	THOMAS DAVID PACALAGUA BERNAL	19/12/2017	07:05:00	7 años 10 m
Fecha de la vacuna	Actualización	Modalidad táctica	Condición de Usuario	Localidad	Edad G
	<input type="checkbox"/>	Seleccione...	Seleccione...	Seleccione...	

¿El usuario presenta alguna causa de no vacunación? ☐ Si ☒ No

Tipo de Vacunación

☒ POS (Plan Obligatorio de Salud) ☐ NO POS (No es del Plan Obligatorio de Salud)

Vacunas guardadas en el Histórico

A continuación se muestra las vacunas guardadas en el histórico. Para ampliar la información ve al boton que se encuentra al final de la página

Fecha de Vacunación	Nombre Vacuna	Institución Vacunadora
19/06/2019	Influenza	Centro de Salud Trinidad Galán
23/05/2025	Meningococo Conjugado	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO
23/05/2025	Neumococo	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO
23/07/2025	Neumococo	PROFAMILIA BOGOTA TEUSAQUILLO

Le agradecería que realizara la verificación correspondiente y me confirmara si el resultado es el esperado o si requiere algún ajuste adicional.

Asimismo, es importante recordar diligenciar la información completa de la condición de salud del paciente en el Aplicativo PAI, ya que se trata de una variable fundamental para su seguimiento.

Otros documentos relacionados con la persona:

Certificado de Nacido Vivo - 14501268
Registro Civil de Nacimiento - 1016744097
Tarjeta de Identidad - 1016744097

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PACALAGUA	BERNAL	THOMAS	DAVID

¿Presenta Alguna Condición de Salud? ☐ Si ☒ No

¿El niño o la niña Conviven con personas Inmunosuprimidas? ☐ Si ☒ No

¿El niño o la niña ya tuvo varicela? ☐ Si ☒ No

¿Actualmente está estudiando? ☐ Si ☒ No

¿Autoriza que se le realicen llamadas y/o envío de mensajes de texto? ☒ Si ☐ No

¿Autoriza que se le realicen envío de mensajes mediante correo electrónico? ☐ Si ☒ No

¿Es vacunación Covid-19? ☐ Si ☒ No

Grupo de riesgo Subgrupo de riesgo

Quedo atenta a su confirmación o comentarios.

Cordialmente,

Nota: por favor garantizar la confidencialidad y seguridad de la información que se comparte de acuerdo con lo normado actualmente por Habeas Data en el país. Constitución Política (Artículo 15). Ley 1266 de 2008 (Artículos: 2º, 4º, 5º 6º, 7º). Ley 1581 de 2013 (Artículos: 9º, 11, 12, 14, 15, 17). Decreto 1377 de 2013 (Artículos 4º, 11, 23).



SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD

Marcela Gómez Upegui
Ingeniera de Sistemas
Subdirección de Acciones Colectivas - PAI
Secretaría Distrital de Salud
Teléfono: 364 9090 Ext.: 9116

De: Jose Leonardo, Piñeros Baquero <JLPineros@saludcapital.gov.co>
Enviado: martes, 4 de noviembre de 2025 11:20
Para: Marcela, Gomez Upegui <MGomez@saludcapital.gov.co>
Asunto: RV: CONTACTENOS IPS PROFAMILIA PASAR DOSIS A HSIOTORICO MENOR CON ORDEN MEDICA

Buen día Marce

Nos colaboras con esta solicitud que nos enviaron. Gracias

No	Tipo_Contactenos	Variables	Información_Variables	Observaciones (a necesidad)	Localidad IPS	Nombre quien tramita la solicitud	Fecha de solicitud	Fecha de respuesta
7	Pasar Dosis al Histórico	ID Madre del Vacunado (Aplica si es menor de edad)	1031169174	MEDICO	PROFAMILIA	DIANA	01/11/2025	WILLIAM
	(Dosis ingresada al	TD Vacunado	TI	TRATANTE	TEUSAQUILLO	CASTRO		
		ID Vacunado	1016744097	ENVIO				

4/11/25, 12:51

Correo: Marcela, Gomez Upegui - Outlook

aplicativo PAI 2.5 y que por orden medica o algún otro motivo debe ser pasada al historico)	Nombre y Apellidos Usuario	THOMAS DAVID PACALAGUA BERNAL	ESQUEMA DE 3 DOSIS				
	Motivo de la Solicitud	MEDICO TRATANTE ENVIO ESQUEMA DE 3 DOSIS					
	Nombre Biologico a enviar al Historico	NEUMO CONJUGADO					
	Dosis a enviar al Historico	UNICA					
	Fecha de Aplicación registrada en aplicativo PAI 2.5	23/07/2025					
	Nombre IPS que solicita	PROFAMILIA					
	Nombre del Solicitante	DIANA CASTRO					

Nota: por favor garantizar la confidencialidad y seguridad de la información que se comparte de acuerdo con lo normado actualmente por Habeas Data en el país. Constitución Política (Artículo 15). Ley 1266 de 2008 (Artículos: 2º, 4º, 5º 6º, 7º). Ley 1581 de 2013 (Artículos: 9º, 11, 12, 14, 15, 17). Decreto 1377 de 2013 (Artículos 4º, 11, 23).

Cordialmente,



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD

Jose Leonardo Piñeros Baquero
Subdirección de Acciones Colectivas
Grupo PAI
Secretaría Distrital de Salud
Teléfono: 364 9090 Ext.: 9876

De: SISTEMAS TEUSAQUILLO <sistemasteusaquillo@gmail.com>
Enviado: martes, 4 de noviembre de 2025 10:48
Para: Jose Leonardo, Piñeros Baquero <JLPineros@saludcapital.gov.co>
Asunto: Fwd: CONTACTENOS IPS PROFAMILIA PASAR DOSIS A HSIOTORICO MENOR CON ORDEN MEDICA

----- Forwarded message -----
De: **SISTEMAS TEUSAQUILLO** <sistemasteusaquillo@gmail.com>
Date: sáb, 1 nov 2025 a la(s) 9:49 a.m.
Subject: Fwd: CONTACTENOS IPS PROFAMILIA PASAR DOSIS A HSIOTORICO MENOR CON ORDEN MEDICA
To: <sdspai@saludcapital.gov.co>, <jwjuagibioy@saludcapital.gov.co>, <NCHernandez@saludcapital.gov.co>

Buenos dias solicito el favor de pasara la historico la dosis de neumococo conjugado del menor THOMAS DAVID PACALAGUA BERNAL se anexa orden medica

gracias

William

----- Forwarded message -----
De: **Recepción Nivel 3B (Piloto)** <recep.p5pil@profamilia.org.co>
Date: sáb, 1 nov 2025 a la(s) 8:56 a.m.
Subject: CONTACTENOS IPS PROFAMILIA PASAR DOSIS A HSIOTORICO MENOR CON ORDEN MEDICA
To: SISTEMAS TEUSAQUILLO <sistemasteusaquillo@gmail.com>

No	Tipo_Contactenos	Variables	Información_Variables	Observaciones (a necesidad)	Localidad IPS	Nombre quien tramita la solicitud	Fect soli
7	Pasar Dosis al Historico (Dosis ingresada al aplicativo PAI 2.5 y que por orden medica o algún otro motivo debe ser pasada al historico)	ID Madre del Vacunado (Aplica si es menor de edad)	1031169174	MEDICO TRATANTE ENVIO ESQUEMA DE 3 DOSIS	PROFAMILIA TEUSAQUILLO	DIANA CASTRO	01/11
		TD Vacunado	TI				
		ID Vacunado	1016744097				
		Nombre y Apellidos Usuario	THOMAS DAVID PACALAGUA BERNAL				
		Motivo de la Solicitud	MEDICO TRATANTE ENVIO ESQUEMA DE 3 DOSIS				
		Nombre Biologico a enviar al Historico	NEUMO CONJUGADO				
		Dosis a enviar al Historico	UNICA				
		Fecha de Aplicación registrada en aplicativo PAI 2.5	23/07/2025				
		Nombre IPS que solicita	PROFAMILIA				
		Nombre del Solicitante	DIANA CASTRO				

Auxiliar de Vacunación
Bogotá. Colombia Calle 34 # 14 - 52
3390900 Ext 1204
www.profamilia.org.co

Profamilia

