

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 52241313
Nombres y Apellidos: LUZ EDITH RODRIGUEZ ACUÑA
Fecha de nacimiento: 25/01/1977

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				
	Segunda dosis				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
	Única				
	Adicional				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	20/04/2012	Stamaril		UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
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	13/03/2008			
	Tercera dosis	07/03/2017	Hepavax Gene	1434026	DR. REGULO RAMIREZ CORTES



Institución vacunadora: 110010892500

Fecha de generación del carné: martes, 19 de marzo de 2024 01:40 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 52241313
Nombres y Apellidos: LUZ EDITH RODRIGUEZ ACUÑA
Fecha de nacimiento: 25/01/1977

Hepatitis B	Refuerzo	21/09/2018	Recombax B	UFX18001	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
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 Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	24/09/2018	Sarampión -Rubéola - SERUM	012N7186	HOSPITAL MEISSEN
Td	Primera dosis	10/06/2016	Toxoide Tetánico y diférico		
	Segunda dosis	20/01/2016	Toxoide Tetánico y diférico		
	Tercera dosis	28/11/2016	Toxoide Tetánico y diférico	D2273 02/17	HOSPITAL MEISSEN
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				
	Refuerzo				
	Primera dosis				



Institución vacunadora: 110010892500

Fecha de generación del carné: martes, 19 de marzo de 2024 01:40 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52241313
Nombres y Apellidos	LUZ EDITH RODRIGUEZ ACUÑA
Fecha de nacimiento:	25/01/1977

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				
VPH Tetraivalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

ESQUEMA ANTIRRABICO			
Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0	
	2ª	3	
	3ª	7	
	4ª	14	
PRE-EXPOSICION	1ª	0	
	2ª	7	
	3ª	28	
	Refuerzo	1 año	
OTRAS	Refuerzo	3 años	
	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis	
		2ª Dosis	
		3ª Dosis	
	Gamaglobulina		
	Suero Antiofídico		
	Suero Antirrábico		
Anotaciones Especiales:			

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Luz Edith Rodríguez

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

TELEFONO _____

Sv004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
	Pápagas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE N° (Válida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumococo Polivalente	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

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:

LUZ

Apellidos:

Rodriguez

Documento
de identidad:

C.C. N.T.I.

Pasaporte

No.

52241313

Fecha de
Nacimiento:

Día

25

Mes

01

Año

19

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO- COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
	1			
ANTIRRÁ- BICA	2			
	R			
OTRAS				

**Vacunación al día
Protección y Vida**

NIT. 900.754.980-3
COD. DEL PRESTADOR 110012709702

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN No. 1334

Autorizado por Secretaría Distrital de Salud

NOMBRE LUZ Edith Rodriguez A.

FECHA DE NACIMIENTO 25-01-77 SEXO F

IDENTIFICACION 52241313

TELEFONO 3132930186

Calle 27 Sur No. 22-II - Tel: 696 72 46 - B. Olaya

Cel.: 320 346 7063 - Email: vacunacionmundc salud@gmail.com

VIGILADO SUPERVISADO

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	<u>20 DIC 2016</u>	<u>HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019</u>	<u>MUNDO SALUD S.A.S.</u>
	2	<u>02 FEB 2017</u>	<u>HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019</u>	<u>MUNDO SALUD S.A.S.</u>
	3	<u>07 MAR 2017</u>	<u>HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019</u>	<u>Alexandra Montaña</u>
	R			<u>Auxiliar de Enfermería</u>
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO- COCO	1			
FIEBREA AMARILLA	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftrérico Td	1			
	2			
	3	<u>28-11-2016</u>	<u>D2273</u>	<u>Meissen</u>
	4	<u>28-11-2017</u>		
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	<u>U</u>	<u>28-11-16</u>	<u>N33861117</u>	<u>Meissen</u>
Virus de Papiloma Humano				

CARNET DE
VACUNACIÓN

Cortesía de



BIOTOSCANA S.A.

SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

Nombre	Luz Edith Rodríguez
Dirección	
Teléfono	
H.C.	
Entidad Vacunadora	

HEPATITIS B HEPAVAX GENE®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	17 SEP 2017	OMAIRA BRAVO	
	2a	17 NOV 2017	52 241313	
	3a		52 241313	

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

VARICELA VARICELA VACONE GCV®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

No 2625

NOMBRE: LUZ EDITH RODRIGUEZ DE CORTES

IDENTIFICACIÓN: 52 241313 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 25-01-77 TEL.: 3504132521

696 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sur Barrio Olaya

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R	21 SEP 2018	RECOMBAX UFX18001 18/02/2021	IPS MUNDO SALUD
HEPATITIS A	1			
	2			
	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1	21 SEP 2018	AGRIPPAL L V185A1 31/12/2018	IPS MUNDO SALUD
	2	21-SEPT-19		
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4	21 SEP 2018	221501516A	IPS MUNDO SALUD
	5	21-SEPT-19		
NEUMO COCO	1			
FIEBRE	1			

INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS

- Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año – el mes en letras. Ejemplo: 1 de enero de 2001 se escribe como 1 enero 2001.
- Si la vacunación está contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
- Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes internacionales y salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla.
- El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

- The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year – the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
- If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
- Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in international travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
- The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

- La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année – le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.
- Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, don't l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
- Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
- Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat International de vaccination ou de prophylaxie

Expedido a / Issued to / Délivré à

José Edith
Rodríguez Acuña

Número del pasaporte o del documento de identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou document de voyage

522 41 313

VACUNACIÓN



HOSPITAL FONTIBÓN
PRESA SOCIAL DEL ESTADO
TERRESTRE

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis
International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)

José E. Rodríguez

This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento

25/01/77

Date of birth / Né(e) le

Sexo

F

Sex / Le sexe

Nacionalidad

Colombiana

Nationality / et de nationalité

Documento nacional de identificación

522 41 313

National identification document / document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or Prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable
Fiebre amarilla	20 ABR 2012	Andrea Osorio A. Aux. Enfermería CEMCA

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis • Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Cuya firma aparece a continuación

Whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
A été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre amarilla

Nombre de la enfermedad / name of disease or condition / nom de la maladie ou de l'affection

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
conformément au Règlement Sanitaire International

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido desde: hasta:	Sello oficial del centro de vacunación
Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from: until:	Official stamp of the administering centre
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable à partir du: jusqu'au:	Cachet officiel du centre habilité
65733 1973	CUMMOTER	



HOSPITAL FONTIBÓN
PRESA SOCIAL DEL ESTADO
TERRESTRE
ANIDAD PORTUARIA
TERRESTRE

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPORAL**

Al momento de nacer

Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida

Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad Fecha de cita 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:

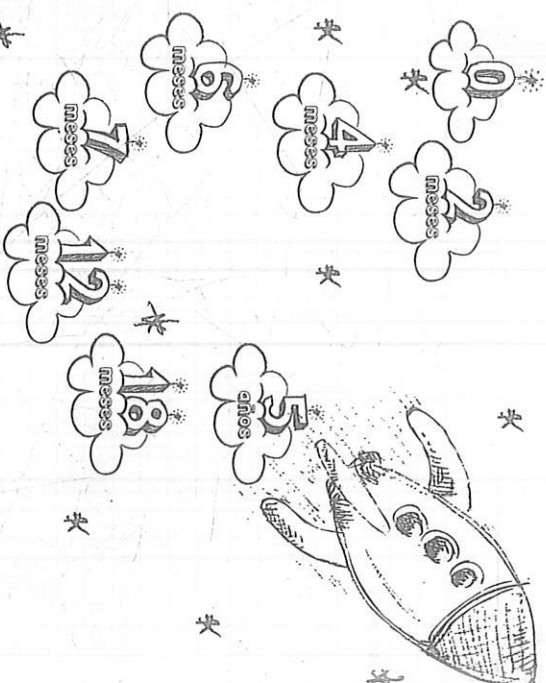
Fecha verificación:

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.



de cero siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA ENFERMEDAD INFANTIL Y PROMOCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN

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: 01 8000 95 25 25



Minsalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: LIZ RODRIGUEZ

Fecha de nacimiento: 25.10.13

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: CC 52291313

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo: _____

Peso al nacer: _____

Dirección: _____

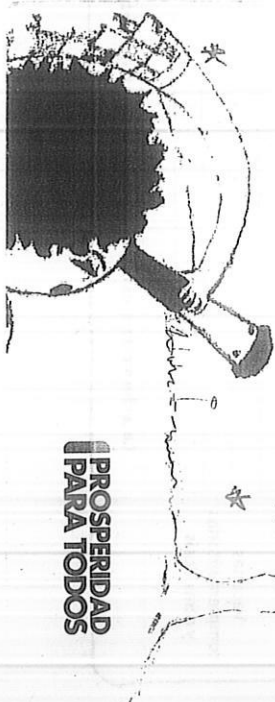
Teléfono: _____

Responsable: _____

Municipio de residencia: _____

Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

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 Tuberculosis B.C.G.	Si ☐ No ☐										
	Hepatitis B	Recién nacido										
	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	1°										
2 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	1°										
	Rotavirus	1°										
	Neumococo	1°										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	2°										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	2°										
	Rotavirus	2°										
	Neumococo	2°										
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
6 Meses	Polio (Oral - IM)	3°										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	3°										
7 Meses	Influenza	1°										
	Influenza	2°										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°										
	Fiebre Amarilla	1°										
	Neumococo	Refuerzo										
	Hepatitis A	Refuerzo										
18 Meses	Difteria - Tétano - Tétano (DPT)	1° Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo										
5 Años	Difteria - Tétano - Tétano (DPT)	2° Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPK	1°										
	VPK	2°										
	VPK	3°										
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.



LABORATORIO CLINICO MEDICO

COLCAN

ANDRADE NARVAEZ

Nombre **RODRIGUEZ ACUNA LUZ EDITH**
Identificacion **CC 52241313** Tel.
Edad **39 Años 0 Meses 0 Dias** Sexo **F**
Medico **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento **364**

Fecha de recepcion: **01-Dec-2016 3:15 pm**
Fecha de impresion: **03-Dec-2016 8:13 am**
Empresa **CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS**
Sede **REFERENCIA**
Fecha Validacion **03-Dec-2016 6:59:00a.m.** Copia



Página 1 de 1

12014130

Examen

Resultado

Unidades

Valores de Referencia

VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G

20.1

Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA

V. de Referencia:

Negativo: Menor de 9.0

Borderline: De 9.0 a 11.0

Positivo: Mayor de 11.0

ANGIE MILENA GUZMAN ROA
CC. 52.528.720
BACTERIOLOGA

BRENDA GUERRA HABON
CC. 53.117.243
BACTERIOLOGA