

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                                    |
| Toxoide Tetánico -<br>Diftérico (Td) | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |
|                                      | 4     |       |                   |                                    |
|                                      | 5     |       |                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
| Hepatitis B                          | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis    | Fecha   | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|----------|---------|-------------------|------------------------------------|
| VPH                  | 1        |         |                   |                                    |
|                      | 2        |         |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual    | 21.5.24 | 82554052          | SS - C/FCP                         |
|                      | Anual    |         | 21.1.25           | Beinnach                           |
| Covid 19             | 1ª       |         |                   |                                    |
|                      | 2ª       |         |                   |                                    |
|                      | 1er Ref. |         |                   |                                    |
|                      | 2do Ref. |         |                   |                                    |
| Otras                |          |         |                   |                                    |
|                      |          |         |                   |                                    |
|                      |          |         |                   |                                    |

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN  
CONTRA LA FIEBRE AMARILLA  
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION  
AGAINST YELLOW FEVER

SPCOL

No. 53977

Certifico que: Roberto Fernandez Bolson  
This certify that

Sexo: M  
Sex

Cuya firma aparece enseguida  
Whose signature follows

[Signature]

Fecha de Nacimiento: 25/sep/1980  
Date of birth

Ha sido en la fecha indicada, vacunado (a) o revacunado (a) contra fiebre amarilla.  
Has been vaccinated or revaccinated against yellow fever on the date indicate.

| Fecha<br>Date     | Firma, profesión y dirección<br>del vacunador<br>Signature, Professional status<br>and address of vaccinator | Fabricante<br>y No. de lote<br>Manufacturer and<br>batch number of vaccine | Sello oficial del<br>Centro de vacunación<br>Official stamp of<br>vaccination Center |
|-------------------|--|--|--|
| <u>14/05/2008</u> | <u>[Signature]</u><br><u>Sección de Fiebre</u>   | <u>Sera Pasteur</u><br><u>B5285-8</u>                                      |  |

Centro de vacunación:  
Vaccination Center

Comfabetoy ID

Dirección:  
Address

CR 10 N° 16-81

Ciudad:  
City

TUCA

Estado o País:  
State

Colombia

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un período de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID Only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccination center has been designated by the thealth administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid



CERTIFICADO INTERNACIONAL  
DE VACUNACIÓN  
INTERNATIONAL CERTIFICATE  
OF VACCINATION

MODELO APROBADO POR LA  
ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD

Nombre del Viajero (Name)

Tatay Fernandez Edison Almondo

Dirección (Address)

K 2 D 73 A 27 Coeducadores

Ciudad (City) Departamento (State) País (Country)

1179 Boyaca Colombia

Documento de identidad (I.D)

1049.604.359

La división vacunas del Centro sanitario  
cortesía de : sanofi pasteur

SPCOL  
53977

No..

OTRAS INMUNIZACIONES  
OTHER IMMUNIZATIONS

VACUNA

FECHA

DOSIS

FIRMA DEL MEDICO





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.

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



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Edison

Apellidos:

Tovar Fernández

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ P.T. ☐ DE

Número de  
documento:

1049609359

Fecha de  
nacimiento:

Día 25 Mes 09 Año 1986



Minsalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Edison Amando

Apellidos:

Tovar Fernández

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ CI ☐ Pasaporte ☐

No. 1049609359

Fecha de  
Nacimiento:

Día 25 Mes 09 Año 1986



| Biológico                            | Dosis | Fecha     | Fabricante y Lote | Firma    |
|--------------------------------------|-------|-----------|-------------------|----------|
| Sarampión<br>Rubéola                 | 1     | 29 Oct 11 | ES 31321300       | Y. M. R. |
| Toxide<br>Tetánico<br>Diférico<br>Td | 1     | 29 Oct 11 | ES 31321300       | Y. M. R. |
|                                      | 2     | 30 May 12 | 02222803          | Y. M. R. |
|                                      | 3     | 03-01-18  | 2210031611        | Y. M. R. |
|                                      | 4     |           |                   |          |
|                                      | 5     |           |                   |          |
| Contra<br>Hepatitis B                | 1     | 06 Nov 18 |                   | Sabina   |
|                                      | 2     | 20 Dec 18 |                   | Sabina   |
|                                      | 3     | 24        |                   | Y. M. R. |
|                                      | R     |           | UFR 16003         | Y. M. R. |

| Biológico                      | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma    |
|--------------------------------|-------|----------|-------------------|----------|
| Contra<br>Fiebre<br>Amarilla   |       |          |                   |          |
| Contra<br>Influenza            | ①     | 03-01-18 | Green-Crescent    | Y. M. R. |
| Virus de<br>Papiloma<br>Humano |       |          |                   |          |
|                                |       |          |                   |          |
|                                |       |          |                   |          |

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:

Edison Armando

Apellidos:

Tovar Fernandez

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐

Pasaporte ☐

No.

1049604359

Fecha de  
Nacimiento:

Día

25

Mes

09

Año

1986



Nombre

Edison Tokeir

Fecha de Nacimiento

25 04 86

Biológico

Dosis 1

Dosis 2

Dosis 3

Dosis 4

Dosis 5

Fiebre Amarilla - FA

Fecha:

Hepatitis B - HB

Fecha:

Toxide Tetánico -  
Difteria - Td

Fecha:

Serpión -  
Rubéola - SR

Fecha:

17-01-05

EU 890 x

Roxi

Mujar.

Otras Vacunas

Influenza

Fecha:

Fecha:

Fecha:



# Carné de Vacunación para el adolescente y el adulto

## Vacunando adultos, Protegemos niños



*Gobernación  
de Boyacá*



**SESALUB**  
Secretaría de Salud de Boyacá  
LA SALUD, el bien de todos

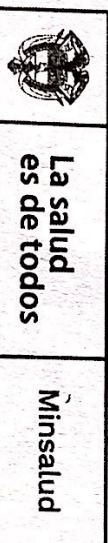


Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**



### Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Edison Amado

Apellidos:

Tovar Fernandez

Documento de identidad:

C.C.X Tl. ☐ Pasaporte ☐

No. 1049604359

Fecha de nacimiento:

Día 2 Mes 5 Año 1986



| Biológico                             | Dosis | Fecha    | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|---------------------------------------|-------|----------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                   | Única | 7-9-2020 | 0129              | Mesa Candelaria                    |
| Fiebre Amarilla                       | Única | 7-09-20  | P3C239/21         | Candelaria                         |
| Toxoides Tetánico -<br>Difterico (Td) | 1     |          |                   |                                    |
|                                       | 2     |          |                   |                                    |
|                                       | 3     |          |                   |                                    |
|                                       | 4     |          |                   |                                    |
|                                       | 5     |          |                   |                                    |
| Tdap acelular                         | 1     |          |                   |                                    |
|                                       | 2     |          |                   |                                    |
| VPH                                   | 1     |          |                   |                                    |
|                                       | 2     |          |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis | Fecha     | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|-------|-----------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B          | 1     |           |                   |                                    |
|                      | 2     |           |                   |                                    |
|                      | 3     |           |                   |                                    |
| Antirrábica          | 1     |           |                   |                                    |
|                      | 2     |           |                   |                                    |
|                      | 3     |           |                   |                                    |
|                      | 4     |           |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual | 7-Sept-20 | Ha-21             | US 59 univ<br>Ariana-Pérez         |
| Otras                |       |           |                   |                                    |
|                      |       |           |                   |                                    |

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                  |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                  |
| Toxoide Tetánico -<br>Diftérico (Td) | 1     |       |                   |                  |
|                                      | 2     |       |                   |                  |
|                                      | 3     |       |                   |                  |
|                                      | 4     |       |                   |                  |
|                                      | 5     |       |                   |                  |
| TdaP acelular                        | 1     |       |                   |                  |
|                                      | 2     |       |                   |                  |
| Hepatitis B                          | 1     |       |                   |                  |
|                                      | 2     |       |                   |                  |
|                                      | 3     |       |                   |                  |

| Biológico            | Dosis    | Fecha   | Fabricante y lote | Nombre vacunador |
|----------------------|----------|---------|-------------------|------------------|
| VPH                  | 1        |         |                   |                  |
|                      | 2        |         |                   |                  |
| Influenza estacional | Anual    | 21.5.24 | US0524002         | SSO E4/24        |
|                      | Anual    | 21.1.25 |                   | Benicio          |
| Covid 19             | 1ª       |         |                   |                  |
|                      | 2ª       |         |                   |                  |
|                      | 1er Ref. |         |                   |                  |
|                      | 2do Ref. |         |                   |                  |
| Otras                |          |         |                   |                  |
|                      |          |         |                   |                  |
|                      |          |         |                   |                  |
|                      |          |         |                   |                  |



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.



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Edison Arango

Apellidos:

Tovar Fernandez

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E. ☐

Número de  
documento:

10 4 9 6 0 4 3 5 9

Fecha de  
nacimiento:

Día 25 Mes 09 Año 1 9 8 6







02-E02-3322791

Página N° : 1 of 1  
 Fecha ingreso : 15/02/2020 08:14:13 AM  
 Fecha de muestra: 15/02/2020  
 Fecha impresion : 21/02/2020 05:23:18 PM

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| No. de Orden : E02-3322791                | No. Interno : E02-3322791        |
| Paciente : TOVAR FERNANDEZ EDISON ARMANDO | Edad : 33 a 4 m 26 d             |
| Documento Id : 1049604359                 | Teléfono : 3123790033            |
| Empresa : PARTICULAR                      | E-Mail : eatovar@fucsalud.edu.co |
| Sede : NORTE                              | No. Autoriza:                    |

VZG\*\*HBSAC\*\*

HUEJEN

| Examen                        | Resultado | Unidades | Valores de referencia |
|-------------------------------|-----------|----------|-----------------------|
| <u>HORMONAS</u>               |           |          |                       |
| HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS | 1000      | UI/L     | 0 - 0                 |

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS  
 VALORES DE REFERENCIA:

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

CONTROL VACUNACION

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

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 34951170 YUBISAY ARRIETA BARBOSA

18/02/2020 06:08 PM

VARICELA ZÓSTER AC IG G  
VARICELA ZÓSTER AC IG G

VALORES DE REFERENCIA:

Negativo: Menor de 9  
 Dudoso: 9 - 11  
 Positivo: Mayor a 11

Tecnica: MICROELISA

Validó: Reg 1015422032 JULIETH BOGOTA SIERRA

18/02/2020 06:08 PM

FIRMA

Director Laboratorio

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

Bogotá (1) 307 7171. Pereira (6) 325 4200. Manizales (5) 8862747. Cúcuta (7) 572 1055. Ibagué (8) 264 1639. Girardot (8) 835 0528.  
 Bucaramanga (7) 645 9990. Zipaquirá (1) 851 0491. Chiquinquirá (8) 726 6699. Valledupar (5) 589 8339.

www.idime.com.co ...

PRESA





Nit. 900386743-5

# GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

## CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

[www.gce.life](http://www.gce.life)

**CERTIFICA QUE:**

**EDISON ARMANDO TOVAR FERNANDEZ.**

**C.C. 1.049.604.359**

**ASISTIO AL CURSO TALLER:**

## **“SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)”**

### **“REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA”**

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 11 DE ENERO DE 2020

DURACIÓN 20 HORAS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020

SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)  
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.

**DR. JUAN PABLO SALGADO C.**

NEUROCIRUJANO RM No. 20531/05

DIRECTOR CIENTIFICO.

ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION SVB -BLS ENERO 2022

**KAREN IOBO NARVAEZ.**

DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

LÍNEA NACIONAL: 310 7451759

**DRA. ANA CATALINA HERRERA**

COORDINADORA MEDICO NACIONAL

MEDICINA INTERNA

GESTIÓN DE ENTRENAMIENTO

RM No. 1020721546

CEL. 310 745 17 59

INSTRUCTOR BLS-ACLS



**REGULOSANITARIOS**  
**COLOMBIANO**

[grupocolombianoemergencias@gmail.com](mailto:grupocolombianoemergencias@gmail.com)



Grupo Colombiano de Emergencias



@Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!  
LÍNEA GRATIS NACIONAL 018000942270  
LÍNEA NACIONAL 3107451759





# GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento  
en Urgencias y Emergencias  
Nit: 900.386.743-5

## EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente

### CONSTANCIA A:

**EDISON ARMANDO TOVAR FERNANDEZ.**  
**C.C. 1.049.604.359**

Por su participación como asistente del curso taller de:  
**"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"  
REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA  
"20 HORAS"**

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca)  
El día 11 de enero del 2020

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).

**Temario:** Anatomía, fisiología y electrofisiología básica del corazón y la vía aérea. Atragantamiento OVACE (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño), Desovase (desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) con paciente consciente e inconsciente, Técnicas y maniobras que salvan vidas. Abordaje al paciente con paro respiratorio, Abordaje al paciente con paro cardio respiratorio del lactante, del niño y el adulto con uno y dos reanimadores, Ritmos de paro y enfoque en la reanimación, Manejo del DEA (desfibrilador externo automático), Cadena de la sobrevida y nemotecnia C A B D de la reanimación, técnicas de ventilación según el escenario. Del equipo de salud.

Según consenso del international liaison committee on resuscitation (ilcor), Para el personal de salud y emergencias, con las guías mundiales en reanimación 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.

**DR. JUAN PABLO SALGADO C.**  
Director Científico  
NEUROCIRUJANO  
REGISTRO MEDICO No 20511/05  
Instructor BLS-ACLS GCE  
CEL. 310 745 17 59

**E-mail:** grupocolombianodeemergencias@gmail.com  
**Barranquilla:** Cra 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago  
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3201207  
**Bogotá D.C.:** Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799  
**Seas Nacionales:** 310 745 1759 - 018000-942270

"Lo bueno del grupo es estar en el"

grupocolombianodeemergencias  
 @grupocolombiano  
www.gce.life

