ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 27 de abril de 2021 08:33 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019117365
Nombres y Apellidos	CINDY JOHANNA MELO MORENO		
Fecha de nacimiento:	14/03/1996		

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	27/02/2021	Pfizer	ER1195	HOSPITAL EL TUNAL
	Segunda dosis	19/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	09/10/2019	Fiebre Amarilla	P3H591V	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				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 27 de abril de 2021 08:33 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019117365
Nombres y Apellidos	CINDY JOHANNA MELO MORENO		
Fecha de nacimiento:	14/03/1996		

Neumo Polisacárido	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	09/10/2019	Sarampión -Rubéola	0128M411	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Td	Primera dosis	05/12/2009	Tetavax		VIVA 1A IPS SUBA
	Segunda dosis	09/01/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	14/10/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	16/02/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	UPA ORQUIDEAS
	Quinta dosis	16/01/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	VIVA 1A IPS SUBA
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				
Varicela	Primera dosis	09/10/2019	VARIVAX	R036043	DR. EULISES ORTIZ RODRIGUEZ
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

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.

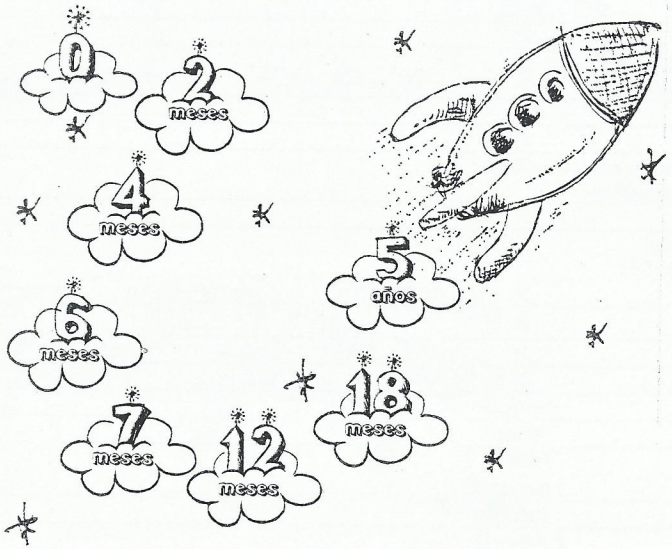
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

DAVIVIENDA
NIT. 860.034.313-7
Exíjalo
Apreciado Cliente
LUZ ADRIANA RIVERA PINILLA

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, Rùbéola 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

AIEPI
Porque una vida hay que protegerla hoy

De cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

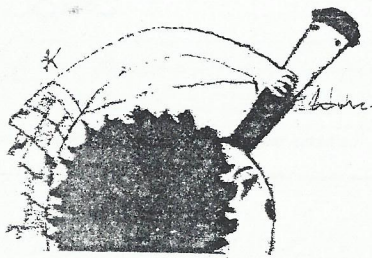
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Cindy Melo Moreno
Fecha de nacimiento: _____
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: cc 1019117365
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: _____
Dirección: Cra 157 A # 131 A 37
Teléfono: 3115285017
Responsable: _____
Municipio de residencia: Bogotá
Departamento: Bogotá

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Cindy Tatiana Mejia Flores Registro Civil: .....

Edad	Vacuna que protege contra	Dosis	Fecha de aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de Lote	Nº Vacunadora	Próxima Cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B (1)	Recien nacido	23-02-2013		0344100			
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) (2)	1ª	19 - Marzo 2013		034F1002			
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) (3)	2ª	3-9-13		034L2001			
	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	09 OCT. 2019	Green Cross		U5021006		Glenn Galindo
7 Meses	Influenza	2ª	09 OCT 2019	Sanofi Pasteur		U5021006		Alejandro Salazar
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						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Tetano	(1)	5-12-2009					
		(2)	9-01-2011					
		(3)	12-10-2011					
		(4)	16-2-16		22802016B			
		(5)	16-1-19		22802016B			Glenn G

Las vacunas son gratuitas

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.

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1	09 OCT 2019	VARIVAX R036043 30/12/2020	E.O.R. VACUNACIÓN
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

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

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Vacunación

Cod. del Prestador 110010012802

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 2805

NOMBRE: Cindy Johanna Melo Moreno

IDENTIFICACIÓN: 1019117365 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 24/03/96 TEL.: 3115785017

Cra. 21No. 22-40 Piso 2 Consultorio 205 B. Olaya

661 2676 322 721 7501

La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Cindy Johanna

Apellidos: Melo Moreno

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1019 117 365.

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras	Covid 19	1ra	27-02-2021	Pfizer Alejandra M.
		2da	19-03-21	Pfizer Ferney

Escaneado con CamScanner

vitălea

Carnet de vacunación

Nombre: Cindy johanna

Apellido: Melo Moreno

Documento: C.C [X] T.I [ ] P.E.P [ ] C.E. [ ] Pasaporte [ ]

N° Documento: 1019117365

Fecha de nacimiento: 14-marzo-1996

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Vacunador
TETANO DIFTERIA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			
	Refuerzo			
	Refuerzo			
ANTI HEPATITIS B	1ra Dosis	16-B-24	2205005236	Yency Torres
	2da Dosis	16-Sept-24		
	3er Dosis			
	Refuerzo			
ANTI TETANICA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			
DPT	1ra Dosis			
VARICELA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
TRIPLEVIRAL	1ra Dosis			
	2da Dosis			
ANTI HEPATITIS A	1ra Dosis			
	2da Dosis			
FIEBRE AMARILLA	1ra Dosis			

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Vacunador
FIEBRE TIFOIDEA	1ra Dosis			
HERPES ZOSTER	Dosis única			
NEUMOCOCO 13	Dosis única			
NEUMOCOCO POLISACARIDO	Dosis única			
	Refuerzo según indicación			
MENINGOCOCO	1ra Dosis			
	2da Dosis			
ANTIRRABICA	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			
	4a Dosis			
INFLUENZA	1ra Dosis			
	Refuerzo			
VPH	1ra Dosis			
	2da Dosis			
	3er Dosis			

Scanned with CamScanner

Hospital Universitario Clínica San Rafael
Steward Colombia — UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

LABORATORIO CLÍNICO
Cra. 8# 17-45 Sur – Bogotá D.C
PBX 3282300 Ext 2360-2361

N° Orden: 193461	**Tipo Paciente:** CONSULTA EXTERNA
Nombre: MELO MORENO CINDY JOHANNA	**Institución:** CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA E.U.
Identificación: CC - 1019117305	**Servicio:** LABORATORIO CLINICO **Piso:** Sin Cama
Sexo: Femenino	**Médico:** -
Edad: 28 Años	**Fecha Ingreso:** 09/07/2024 13:56
Telefono: 3102346523	**Fecha Impresión:** 15/07/2024 18:55:12

USUARIO:WOLAYA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
***Hepatitis B* ANTICUERPOS S [ANTI-HBs]** (Técnica Quimioluminiscencia CMIA)	6.3	mIU/mL	No Reactivo 0.0 a 10.0 Reactivo 10.1 a 1000

Fecha/Hora Validación:09/07/2024 14:52

Dra. Ingrid Bejarano Bolivar CC: 1.033.768.422 Bact. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Circly Johanna

Apellidos: Melo Moreno

Documento de identidad: C.C. ^ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E

Número de documento: 1.019.117.365

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 03 Año 1996

Powered by CamScanner

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	1-9-25	U50525004	Subred norte
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner