Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0d9fa234-0e8c-4050-9b55-e7142c14d2ab

Nombres y apellidos / Full name: **KATERIN GUAYARA ROJAS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1022409058**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/09/1995**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3219002541**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre amarilla	Primera dosis	28	11	2020	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	R3F88	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA	
COVID JANSSEN	Única	14	02	2022	Janssen	202G21A	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	LADY JULIETH INFANTE IBAÑEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** 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 carné 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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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.

ESQUEMA ANTIRRÁBICO

No. DOSIS		No. DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	3		
	3a.	7		
	4a.	14		
	5a.	28		
PRE-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	7		
	3a.	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1a. Dosis		
		2a. Dosis		
		3a. Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			
Anotaciones Especiales				

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá

www.cruzrojabogota.org.co

197758

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: KATHIN GUAYARA

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

TELÉFONO: CC1022409058

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		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis	20 JUN 2017	1432028 Bta
	2a. Dosis	20-JU-17	
	3a. Dosis	20-AGO-17	
	Refuerzo	20-JUN-18	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
MENING. POLIVALENTE	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		

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		
TRIVIRAL	Paperas		
	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
Tetano T.D.? DTPchg	1ª Dosis		
	2ª Dosis	09 NOV 2016	
	Refuerzo 3ra Dosis		
TETANO	1ª Dosis	28-12-17	
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª	06 DIC 2018	
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

14 ABR 2014

Katerin Guayara Rojas
Auxiliar de Enfermería
C.C. 1022400058

AC37B177AC
04-2017

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Katerin

Apellidos: Guayare Rojas

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1022409058

Fecha de Nacimiento: Dia 06 Mes 09 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	17 JUN 2017	[illegible]	
	2	12/2/17		
	3	7/04/17		
	4	7/04/18		
	5	7/04/19		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE MARVAEZ

640509-040147

Nombre:	KATERIN GUAYARA ROJAS	Fecha de recepción:	01-NOV-2021 07:54 am
Identificación:	CC No 1022409058 Tel.	Fecha de impresión:	01-NOV-2021 08:06 am
Edad:	26 años Sexo: F	Empresa:	ZAYA CAMACHO RUBY DRA
Medico:	MEDICOS VARIOS	Sede:	REFERENCIA
No Ordenamiento:	99510118	Fecha Validación	04-NOV-2021 08:37:22 am

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B			
Método: HBsAg (antígeno de superficie de la hepatitis B)	835	UI/L	101-1000 UI/L
HBsAg o anti-HBs (antígeno de superficie de la hepatitis B)			

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAN
C.C. 20,644,959
BACTERIOLOGA

YESICA MARCELA ROJAS ROZO
CC 1.026.283.768
BACTERIOLOGA

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 236 3768 • Fax: 257 2012