MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: MARIANA

Apellidos: TAVERA CASTAÑO

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1001371343

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 07 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10/04/21	Pfizer	ER9449	UH manrique	Catalina cardona Vasquez	1017279642
	2	1/05/21	pfizer	er6a29	UH Manrique	catherine madrid	1152274653
		29-12-21	moderna	005H21A	ESE HUDD	Daniela soto	1039464967

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Mariana
Apellidos: Tavera Castaño
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1001371343
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 07 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1 Adicional	05/09/2024	Moderna XBB 0.5cc	026B23A	comfama CITY PLAZA	ANGELA LEMOS CARO c.c. 1.020.487.081 Registro 5667121	
	2			KFO	en 6	Meses	

Varilrix™
1 dose for reconstitution
1 dose pour reconstitution
1 dosis para reconstitución
Inj./Inyec. : S.C.
Varicella vaccine
Vaccin contre la varicelle
Vacuna contra la varicela
Storage/Cons.: 2°C - 8°C
GSK Biologicals s.a.
Rixensart - Belgium
A70FD438A
01-2020
12-2021
450277

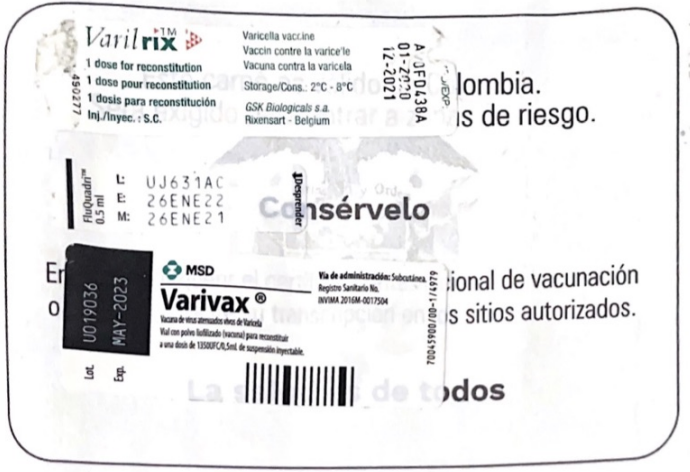
...lombia.
...s de riesgo.

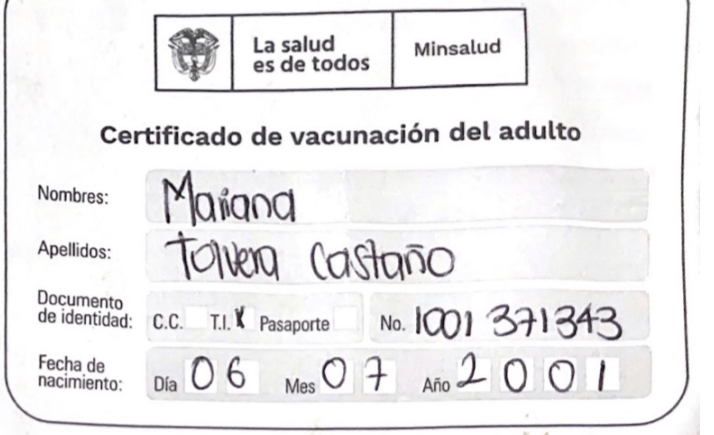
FluQuadri™ 0.5 ml
L: UJ631AC
E: 26ENE22
M: 26ENE21
Desprender
Consérvelo

MSD
Varivax®
Vacuna de virus atenuados vivos de Varicela
Vial con polvo liofilizado (vacuna) para reconstituir a una dosis de 13500FC/0,5ml. de suspensión inyectable.
Vía de administración: Subcutánea
Registro Sanitario No. INVIMA 2016M-0017504
70045900/00-1/4979
Lot. U019036
Exp. MAY-2023

En... ...ional de vacunación
o... ...s sitios autorizados.

La ... de todos





La salud es de todos	Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Mariana

Apellidos: Tolvera Castaño

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1001 371343

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 07 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	28/06/22	Sanofi V3D568V	PAOLA RAMIREZ
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Clínica Las Américas
Centro de Vacunación

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	26-07-21	UFX20003	
	2	18-01-22	UFX20008	
	3	28/06/22	UFX21001	PAOLA
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual 2022	31/07/21	UJ631AC	Alejandra J.
VARICELA	①	31/07/21	A70FD438A	Alejandra J.
Otras	②	18-01-22	U019036	

Certificado de Vacunación

Institución: Sura San Paulo

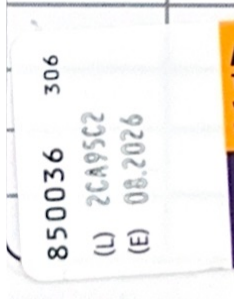
Nombre: Manana Tavera Cartano

Identificación: 1001371313 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
DPTa		05 SEP 2024	2CA95C2	Manana

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador





SPCO.SAPAS.18.07.0081

CONSERVE ESTE CARNÉ

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRESÉNTELO SIEMPRE QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD.

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la vacunación, el niño puede presentar reacciones como fiebre, dolor y brote. **Estas reacciones son normales** y significan que el niño está produciendo defensas contra las enfermedades para las que fue vacunado.



arse una reacción res, consulte a la d más cercana".

MINISTERIO DE SALUD

CARNÉ DE VACUNACIÓN (SIS 153)

SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN

Mariana tabera Castaño

NOMBRE DEL VACUNADO

	Dia	Mes	Año
FECHA DE NACIMIENTO:	06	07	2001

INSTITUCIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

CARNÉ NÚMERO: 110

TELÉFONO:

ZONA:		SECTOR:		MANZANA:	

Su próxima cita es: _____

(con lápiz)

Scanned with CamScanner

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	DOSIS	FECHA DE VACUNA Día	Mes	Año	LOTE	NOMBRE DEL VACUNADOR	Refuerzos	LOTE
B.C.G. (Antituberculosis)	U	13	07	2001				
Antipoliomielítica	R.N.	13	07	2001				
	1a.	12	09	2001		1er RFZO	23.01.2003	
	2a.	21	11	2001				
	3a.	10	01	2002		2do RFZO	05 OCT 2006	
Pentavalente **DPT - HB - HIb**	1a.							
	2a.							
	3a.							
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1a.	12	09	2001				
	2a.	21	11	2001		1er RFZO	23.01.2003	
	3a.	10	01	2001				
Antihepatitis B.	1a.	13	07	2001		2do RFZO	05 OCT 2006	
	2a.	13	08	2001				
	3a.	010	02	2002				
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	17	07	2002		SRP SA	05 OCT 2006	
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1a.							
	2a.							
	3a.							
Toxoide Tetánico Diftérico (Td) (Tétanos y Difteria)	1a.	19	06	19	22150157B			
	2a.		P/ Junio 19			2029		
	3a.							
Sarampión - Rubeola	U							
Antifiebre Amarilla	U	4	02	04			VPH 1º	280513
Meningo - BC (Meningococo)	1a.						2º	270214
	2a.							
Hib (Hemofilus Influenza)	1a.	02	11	2001			Influenza	190619
	2a.	10	01	2002				
	3a.	01	02	2002				
Otras Hepatitis A	1	19	06	19	R 38488V (2)		P/ Dic 19	2019
Neumo 23	1a	19	06	19	R 018253 (2)		P/ Junio	2024

FluQuadri™ 0.5 ml L: UJ171AB M: 21FEB19 E: 21FEB20 Desprender

Scanned with CamScanner

CITAS PARA VACUNACION

VACUNAS	DOSIS	FECHA		
		DIA	MES	AÑO
B.C.G. (ANTITUBERCULOSIS)	U			
ANTIPOLIOMIELITIS	1a.			
	2a.			
	3a.			
D.P.T. (DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS)	1a.			
	2a.			
	3a.			
ANTIHEPATITIS B	1a.			
	2a.			
	3a.			
ANTISARAMPION	U			
T.D. (TETANOS, DIFTERIA)	1a.			
	2a.			
	3a.			
	4a.			
	5a.			
M.M.R. (PAP. SARAMP. RUB)	U			
ANTIFIEBRE AMARILLA	U			
HEMOFILUS INF. TB	1a.			
	2a.			
	3a.			

PROGRAMA DE VACUNACIÓN

Rc 33075107

cooMeva e.p.s

Entidad Promotora de Salud S.A.

CARNET PARA MENORES DE 5 AÑOS

SECTOR: AREA: ZONA:

NOMBRE: Mariana Tabera Castaño

FECHA DE NACIMIENTO: 6 (DIA) Julio (MES) 01 (AÑO)

INSTITUCION: # HISTORIA I.V.

DIRECCION: MUNICIPIO:

RC 33075107

CONSERVE EL CARNET
SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL
DEL ESQUEMA DE VACUNACION

Scanned with CamScanner

ESQUEMA DE VACUNACION

4115555

VACUNAS	DOSIS	FECHA DIA	FECHA MES	FECHA AÑO	LOTE	NOMBRE VACUNADOR	REFUERZO
B.C.G. (ANTITUBERCULOSIS)	U	13.	Julio	01			
ANTIPOLIOMIELITIS	1a.	12 SET 2001				cooMeva EPS VACUNACION	23 01 03
	2a.	21 NOV 2001			T5733	D-46	5 10 06
	3a.	10 ENE 2002				cooMeva	
D.P.T. (DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS)	1a.	12 SET 2001			R5301	D-46	23 01 03
	2a.	21 NOV 2001			E-3011-1)	PAG	5 10 06
	3a.	10 ENE. 2002					
ANTIHEPATITIS B	1a.	13	Julio	01			
	2a.	12	Agosto	01			
	3a.	10 ENE 2002					
ANTISARAMPION	U	01	06	02	QU2019	EMITH	
T.D. (TETANOS, DIFTERIA)	1a.						
	2a.						
	3a.						
Meningoco	4a.	17	JUL.	2006	5001-2		
	5a.	01	03	11	5807		
M.M.R. (PAP. SARAMP. RUB)	U	17	JUL.	2002	3807	Rep 5 10 06	
ANTIFIEBRE AMARILLA	U	4	Feb	04		Nilsa	
HEMOFILUS INF. TB	1a.	02 NOV 2001					
	2a.	10 ENE 2002				cooMeva EPS VACUNACION	
	3a.	11 FEB. 2002			6307037	J.D.C.	

Scanned with CamScanner

ULTRAGRAFICAS LTDA. TEL: 270 53 74

Salud sura

Tel: 57 (4) 437 8888
www.saludsura.com

Paciente: **TAVERA CASTAÑO MARIANA**	Identificación: **1001371343**	Nro. Servicio: **45472547**	No. Paciente: **26212**
Sexo/Edad: **FEMENINO / 20 Años**	Teléfono: **5565061**	Tipo servicio:	
Médico: **SIN REGISTRO MEDICO**	Fecha servicio: **26/01/2022**	Fecha impresión: **27/01/2022 12:37 AM**	
Empresa: **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**		Habitación:	

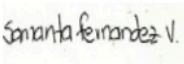
HEPATITIS B, ANTICUERPO SUPERFICIAL

Validado: 26/01/2022 04:14 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Anticuerpos Totales contra HB- Ag Superficial	> 1000	Menor a 10	No Reactivo	uIU/mL.

Titulo Mayor o igual a 10 se considera Reactivo
Titulo Menor a 10 se considera No reactivo
Técnica: Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

OBSERVACIONES:



BACTERIOLOGA
SAMANTA FERNANDEZ VELASQUEZ
REG. 1128423262

Salud | sura

Tel: 57 (4) 437 8888
www.saludsura.com

Paciente: **TAVERA CASTAÑO MARIANA**	Identificación: **1001371343**	Nro. Servicio: **45472547**	No. Paciente: **26212**
Sexo/Edad: **FEMENINO / 20 Años**	Teléfono: **5565061**	Tipo servicio:	
Médico: **SIN REGISTRO MEDICO**	Fecha servicio: **26/01/2022**	Fecha impresión: **27/01/2022 07:35 PM**	
Empresa: **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**		Habitación:	

VARICELA ZOSTER Ig G- MEDICION DE ACS.

Validado: 27/01/2022 07:23 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
VARICELA ZOSTER IgG	> 1500.0		mUI/mL
NEGATIVO: Menor de 50			mUI/mL
INDETERMINADO: 50 - 100			mUI/mL
POSITIVO: Mayor de 100			mUI/mL
Técnica : ELISA			
PLATAFORMA: ALEGRIA ANALYZER, TECNOLOGÍA SMC (Calibración Sensotrónica Memorizada)			



BACTERIOLOGA

ANYI LORENA JARAMILLO AREIZA

REG. 5-0928-13

Diagnóstico y Asistencia Médica SAS certifica el carácter técnico y científico de este documento y, responde íntegramente por su contenido