

**COLSUBSIDIO
SALUD OCUPACIONAL
CARNET DE VACUNACION**

NOMBRE: **Marcos Caicedo**
 EMPRESA:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 SEXO: **M** G. SANGUINEO: RH:

**Ministerio de la Protección Social
República de Colombia**

Instituto
Nacional de
Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Marcos Tulio**
 Apellidos: **Caicedo Quintero**
 Documento de Identidad: **79'728695**
 Fecha de Nacimiento:

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

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Marcos Tulio**
 Apellidos: **Caicedo Quintero**
 Documento de Identidad: **C.C/ T.I. Pasaporte No. 79728695**
 Fecha de Nacimiento: **Día 05 Mes 10 Año 1979**

DIFTERIA <input type="checkbox"/> TETANO <input type="checkbox"/>			HEPATITIS B		
Fecha	Dosis	Reacción	Fecha	Dosis	Reacción

OTRAS VAGUNAS			FIEBRE AMARILLA		
Fecha	Dosis	Tipo	Fecha	Dosis	Reacción
HBc 1	2	7	SEP 2011		

F-646

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	24/08/05	FT 8007	PATRICIA GONZALEZ CÓD. 3101017

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		04/08/05	M5578	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **MARCO TULLIO**
 Apellidos: **CAICEDO QUINTERO**
 Documento de identidad: **C.C. X.T.I.** Pasaporte FEP otro cuál:
 No. **79.728.695.**
 Fecha de nacimiento: Día **05** Mes **10** Año **1979**

VACINA	POS	FECHA VACUNACION	OTRO	OTRAS
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN IPS *Mundo Salud*
 VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
 NIT. 900.160.179-1
 Cod. del Prestador 1100117560
 AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD **6835**
 NOMBRE: **Marco Tullio Caicedo Quintero**
 IDENTIFICACIÓN: **79.728.695.** SEXO: **M**
 FECHA DE NACIMIENTO: **05-10-79** TEL: **3166205592**
 696 7246 320 346 7063 304 219 5009
 www.vacunacionmundosalud.com
 - Calle 27 sur No. 19-02 Barrio Olaya

Carretera 15 No. 51 - 14 Consultorio 0 212 Tel.: 211 9289 Bogotá, D.C.

¿Qué le da más miedo vacunarse o infectarse?

CENTRO DE VACUNACIÓN TANIA

Certificado de Vacunación

Institución: _____ Semestre _____ Jornada _____

Nombre: **Marco Caicedo**

Doc. Identidad No: **79.728.695**

Dirección _____

Teléfono: _____ R.H: _____

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12 MAY 2021	PFIZER	ET 6924	PROYECTAR SALUD SAS	Laura Milena Mesa Arca	1233510220
	2	03-06-21	P.Fizer	FA 5843	Cuidate tu Salud	Alonso Tejedor	100257009

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	NOTA	IPS	VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	NOTA	IPS
TRIPLEVIRAL	1	05 DIC 2020	PROHIB C. APLICAR 31/03/2021	IPS MUNDO SALUD	INFLUENZA	1	05 DIC 2020	AGUINAL L. 2558542A 30/12/2020	IPS MUNDO SALUD
	2	5 años				2	1 año		
HEPATITIS A	1	12 DIC 2020	RECOMVAX LPX15002 09-22	IPS MUNDO SALUD	3				
	2				4				
	3				5				
HEPATITIS B	1				NEUMO COCO	1			
	2				1				

Vacuna	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1a. Dosis			
	2a. Dosis		11 APR 2006	
	3a. Dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
Triple-Viral	1 Dosis			
Neumococo*	1 Dosis			
T. Tetánico Diftérico	1a. Dosis			
	2a. Dosis		09 APR 2006	
	3a. Dosis			
	Refuerzo			
Influenza**	1a. Dosis			
Otros				

*Neumococo refuerzo cada 5 años **Influenza (Gripe) refuerzo anual