DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-109
	Vigente	Agosto de 2023

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios
1	Septiembre 2020	Versión Inicial. Elaboración por primera vez del documento. Este formato corresponde a la Guía requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA código MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-GI.95.1-5.
2	Agosto 2023	1. Se complementan las instrucciones de diligenciamiento. 2. Se modifica el esquema de vacunación, en el sentido de suprimir la vacuna meningococo teniendo en cuenta que desde salud pública la atención de casos a nivel nacional es baja y cuando se presenta un brote se activa el protocolo profiláctico para el personal del ESM en contacto con el caso. 3. Se elimina la instrucción sobre la verificación que debía realizar el responsable de SST en los aplicativos por: " El Programa Ampliado de Inmunizaciones Aplicativo PAI 2.0 de la secretaria Distrital de Salud de Bogotá o PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social y validar que las vacunas certificadas por los aspirantes en el carnet de vacunación se encontraran registradas", teniendo en cuenta que las áreas de Seguridad y Salud en el Trabajo SST no cuentan con acceso a dichos aplicativos por no ser actores del Sistema General de Seguridad Social Salud SGSSS. 4. Se actualiza el encabezado de acuerdo con los parámetros establecidos por la alta dirección y el proceso de gestión documental. NOTA PROASIG - PROPLAES: 1. Este documento fue revisado por PROASIG. PROPLAES libera el documento. 2. La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite. 3. Este documento fue construido de acuerdo con los parámetros de lenguaje claro emitidos por el Departamento Nacional de Planeación.

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-109
	Vigente	noviembre de 2025

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3, No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Apellidos:	TRUJILLO MOLINA	Nombres:	MARIA CAMILA	
N° de Documento:	1015475016	Edad:	28	
Genero: femenino	**Mujer** X	**Hombre**		
Profesión u ocupación:	ENFERMERA PROFESIONAL	Número de contacto:	3107840570	
Correo electrónico:	TRUJISHO.25@GMAIL.COM			

II. DATOS LABORALES

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	X

Establecimiento de Sanidad Militar: COFAC

Cargo al que aspira: ENFERMERO PROFESIONAL

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	SI	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE **ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS***

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	18/03/2021
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	30/01/2017
			2da	SI	06/03/2017
			3ra	SI	19/04/2017
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	SI	28/08/2019
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	24/01/2017
			2da	SI	24/02/2017
			3ra	SI	24/08/2017
			4ta	SI	30/08/2018
			5ta	SI	30/08/2019
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	NO	PENDIENTE
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	19/11/2019

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE **ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS***

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	ANTECEDENTE
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola).	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	14/03/2021
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	14/03/2021
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	14/03/2021
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:	

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO		

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

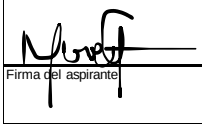
SI		NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.



Firma del aspirante