ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 29 de marzo de 2019 09:17 a.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de identificación: | 79861112 |
| Nombres y Apellidos | JUAN MANUEL NARVAES MENDEZ | | |
| Fecha de nacimiento: | 09/01/1976 | | |

| 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 | | | | |
| DPT | Única | 14/03/2019 | Bostrix | AC37B312CB | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| DPT Acelular | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| 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 | 10/01/2019 | Recombax B | UFX18005 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Segunda dosis | 14/03/2019 | Recombax B | UFX18005 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| nfluenza | Única | 08/06/2018 | Vaxigrip | R3B441V | CAMI ALTAMIRA |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | 14/03/2019 | Prevenar 13 | X52539 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | 19/12/2016 | pneumovax 23 | M037533 V 05/2018 | HOSPITAL EL TUNAL |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | 24/01/2019 | Sarampión -Rubéola | 0128W1300Z | UNIDAD DE ATENCION SALUDABLE |
| Td | Primera dosis | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| DPT adulto | 5 | 16 DIC. 2008 Dosis Única | Boostrix Lote AC37B039AA IPS VACUNACION 05-2011 | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 16 DIC. 2008 | X JO ONRS Lote BB164 | IPS VACUNACION EXPIDIDO | |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | Febrero 2008 HUCSR | | |
| | 2 | Marzo 2008 HUCSR | | |
| | 3 | Abril 2008 HUCSR | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras | | | | |
| H1N1 | Mayo 2009 | 0870114 | 08 2010 | H.J.C. |
| | | | | |

Este carné es valido en Colombia
será exigido para entrar a zonas de riesgo

*Conservelo*

...Presente el Certificado Internacional de Vacunación,
...solicite su transcripción en los sitios autorizados.

...VELA POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación

Nombres: Juan Manuel

Apellidos: Narvaez Mora

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

Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 1

| VACUNA CONTRA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN DD | MM | AA | LABORATORIO | FECHA PRÓXIMA CITA DD | MM | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIFTERIA - TETANOS TOSFERINA - DPT(a) | 1ra | | | | | | | |
| | REF | | | | | | | |

| DOSIS | NÚMERO DE LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE DEL VACUNADOR |
|---|---|---|---|
| 1ra | | | |
| 2da | | | |

| VACUNA CONTRA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN DD | MM | AA | LABORATORIO | FECHA PRÓXIMA CITA DD | MM | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FIEBRE TIFOIDEA | Única | | | | | | | |

| DOSIS | NÚMERO DE LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE DEL VACUNADOR |
|---|---|---|---|
| Única | | | |

| VACUNA CONTRA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN DD | MM | AA | LABORATORIO | FECHA PRÓXIMA CITA DD | MM | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TETANOS | Única | | | | | | | |

| DOSIS | NÚMERO DE LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE DEL VACUNADOR |
|---|---|---|---|
| Única | | | |

| VACUNA CONTRA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN DD | MM | AA | LABORATORIO | FECHA PRÓXIMA CITA DD | MM | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA | 1ra | | | | | | | |
| | 2da | | | | | | | |
| | 3ra | | | | | | | |

| DOSIS | NÚMERO DE LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE DEL VACUNADOR |
|---|---|---|---|
| 1ra | | | |
| 2da | | | |
| 3ra | | | |

RECOMENDACIONES

No realizar masaje, no rascarse en el sitio de aplicación de la vacuna.

No aplicarse cremas, ungüentos, gel en el sitio de aplicación de la vacuna.

Si se presenta una temperatura mayor a 38°C, administrar acetaminofén según las indicaciones médicas.

Si posterior a los cinco días de aplicación de la vacuna, persiste la inflamación o hinchazón (edema), el enrojecimiento de la piel y dolor en el sitio de la aplicación,consultar al médico.

Si la inflamación o hinchazón (edema), el color rojo (rubor), llega hasta el codo si se aplicó la vacuna en el brazo, consulte al médico.

Si sale del sitio de aplicación secreción blanca o amarilla, consulte al médico.

# CARNÉ DE VACUNACIÓN ADULTOS

COLMÉDICA
MEDICINA PREPAGADA
Usted no está solo.



NOMBRE: Juan Manuel Narvaez

No. IDENTIFICACIÓN: 79861112

SEXO: Masculino

EDAD: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

DEPARTAMENTO: _____

SIC 611/06-10

| VACUNA CONTRA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN DD | MM | AA | LABORATORIO | FECHA DE VENCIMIENTO | NÚMERO DE LOTE | FECHA PRÓXIMA CITA DD | MM | AA | NOMBRE DEL VACUNADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PAPILOMA | 1ra | | | | | | | | | | |
| | 2da | | | | | | | | | | |
| | 3ra | | | | | | | | | | |
| TOXOIDE TETAINICO | 1ra | | | | | | | | | | |
| | 2da | | | | | | | | | | |
| | 3ra | | | | | | | | | | |
| | 4ta | | | | | | | | | | |
| DIFTERICO Td | 5a | | | | | | | | | | |
| HEPATITIS B | 1ra | | | | | | | | | | |
| | 2da | | | | | | | | | | |
| | 3ra | 11 | DIC | 2020 | Sanofi | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| HEPATITIS A | 1ra | | | | | | | | | | |
| | REF | | | | | | | | | | |
| FIEBRE AMARILLA | Única | 11 | DIC | 2020 | Sanofi | | | | | | |
| SARAMPIÓN - RUBEOLA PAPERAS | Única | 11 | DIC | 2020 | Glaxo | | | | | | |
| NEUMOCOCO | 1ra | | | | | | | | | | |
| | REF | | | | | | | | | | |
| VARICELA | 1ra | | | | | | | | | | |
| | 2da | 11 | DIC | 2020 | Glaxo | | | | | | |
| HEPATITIS A + | 2ra | 11 | DIC | 2020 | Sanofi | | | | | | |
| | 2da | | | | | | | | | | |
| | 3ra | | | | | | | | | | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 04 de enero de 2021 04:58 p.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de identificación: | 79861112 |
| Nombres y Apellidos | JUAN MANUEL NARVAES MENDEZ | | |
| Fecha de nacimiento: | 09/01/1976 | | |

| 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 | | | | |
| DPT | Única | 14/03/2019 | Bostrix | AC37B312CB | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| DPT Acelular | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | 11/12/2020 | Stamaril | R3N032V | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | 03/04/2019 | Avaxim 160 | R3B488V | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Segunda dosis | 11/12/2020 | Avaxim 160 | R3E148V | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 10/01/2019 | Recombax B | UFX18005 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Segunda dosis | 14/03/2019 | Recombax B | UFX18005 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Tercera dosis | 11/12/2020 | Recombax B | UFX19003 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Influenza | Única | 29/07/2020 | GSK Fluarix Tetra | AFLBA442AA | GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA HERMOSA |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | 03/04/2019 | Menactra | U6155AA | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | 14/03/2019 | Prevenar 13 | X52539 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | 19/12/2016 | pneumovax 23 | M037533 V 05/2018 | HOSPITAL EL TUNAL |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | 24/01/2019 | Sarampión -Rubéola | 0128W1300Z | UNIDAD DE ATENCION SALUDABLE |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 04 de enero de 2021 04:58 p.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de identificación: | 79861112 |
| Nombres y Apellidos | JUAN MANUEL NARVAES MENDEZ | | |
| Fecha de nacimiento: | 09/01/1976 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Td | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| 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 | 11/12/2020 | Priorix | A69CF094A | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | 03/04/2019 | Varilrix | A70CD293A | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Refuerzo | 11/12/2020 | Varilrix | A70CD392B | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Tetravalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011049325

Fecha de generación del carné: miércoles, 15 de diciembre de 2021 02:51 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 79861112 |
| Nombres y Apellidos | JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ |
| Fecha de nacimiento: | 09/01/1976 |

| 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 | 25/02/2021 | Pfizer | EN1195 | HOSPITAL EL TUNAL |
| | Segunda dosis | 18/03/2021 | Pfizer | EN1195 | HOSPITAL EL TUNAL |
| DPT | Única | 14/03/2019 | Bostrix | AC37B312CB | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| DPT Acelular | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | 11/12/2020 | Stamaril | R3N032V | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | 03/04/2019 | Avaxim 160 | R3B488V | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Segunda dosis | 11/12/2020 | Avaxim 160 | R3E148V | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 10/01/2019 | Recombax B | UFX18005 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Segunda dosis | 14/03/2019 | Recombax B | UFX18005 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Tercera dosis | 11/12/2020 | Recombax B | UFX19003 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Influenza | Única | 19/07/2021 | GC FLU | V50221006 | ASISTIR SALUD SEDE QUIROGA |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011049325

Fecha de generación del carné: miércoles, 15 de diciembre de 2021 02:51 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 79861112 |
| Nombres y Apellidos | JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ |
| Fecha de nacimiento: | 09/01/1976 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | 03/04/2019 | Menactra | U6155AA | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | 14/03/2019 | Prevenar 13 | X52539 | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | 19/12/2016 | pneumovax 23 | M037533 V 05/2018 | HOSPITAL EL TUNAL |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | 24/01/2019 | Sarampión -Rubéola | 0128W1300Z | UNIDAD DE ATENCION SALUDABLE |
| Td | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| 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 | 11/12/2020 | Priorix | A69CF094A | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | 03/04/2019 | Varilrix | A70CD293A | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| | Refuerzo | 11/12/2020 | Varilrix | A70CD392B | COLMEDICA PREPAGADA SEDE FONTIBON |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Nona Valente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011049325

Fecha de generación del carné: miércoles, 15 de diciembre de 2021 02:51 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 79861112 |
| Nombres y Apellidos | JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ |
| Fecha de nacimiento: | 09/01/1976 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VPH Nona Valente | Tercera dosis | | | | |
| VPH Tetravalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |