

# ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION COLOMBIA 2020

ALCALDÍA  
DE MANIZALES



MANIZALES  
+GRANDE

## Objetivo general

El (PAI) tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmuno prevenibles en Colombia, con el fin de disminuir mortalidad y morbilidad.

# POBLACION OBJETO DEL ESQUEMA NACIONAL

- ✓ Menores de seis años.
- ✓ Niñas de 9 años y más escolarizadas
- ✓ Mujeres en edad fértil  
(10 a 49 años).
- ✓ Gestantes a partir del segundo trimestre de gestación (semana 14 y semana 16)
- ✓ Mayores de 60 años

EN CUALQUIER PUNTO DE VACUNACIÓN



# INSUMOS QUE ENTREGA EL PROGRAMA A LAS E.T. (Gratis para toda la población)

1. **INMUNOBIOLOGICOS**
  - a. VACUNAS DEL ESQUEMA
  - b. INMUNOGLOBULINAS CONTRA TÉTANOS Y HEPATITIS B.
2. **JERINGAS** PARA LA APLICACIÓN DEL BIOLÓGICO.
3. **CARNÉ** PARA LA POBLACIÓN OBJETO



## CARNÉ DE NIÑOS

**Vacunas al día, se la ponemos fácil**

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nº de certificado de nacido vivo: \_\_\_\_\_  
 Registro civil: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_  
 Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Responsables: \_\_\_\_\_  
 Municipio electoral: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_

**Recuerda: Estas vacunas son gratuitas**

## CARNÉ DE ADULTOS

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO INTERNACIONAL CONTRA FIEBRE AMARILLA

**INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS**

- La fecha para la expedición de cada certificado deberá ser posterior a la siguiente: mañana, día, mes, año, y tres en letras. Ejemplo: 17 de enero de 2011 se expediría como 17 enero 2011.
- Si la vacunación está corroborada por recomendación médica, el médico deberá proporcionar el nombre y cantidad de vacuna por escrito en español que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
- Las expediciones de los países en materia de vacunación están reguladas por la OMS en el libro "Viajes Internacionales y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla.
- El médico debe considerar siempre que los pacientes pueden tener una enfermedad asociada a su viaje.

**INFORMATION FOR PHYSICIANS**

- The dates for vaccination on each certificate must be recorded on the following sequence: day, month, year. Example: January 17, 2011.
- If vaccination is corroborated by medical grounds, the physician should provide the name and quantity of vaccine by written document in Spanish.
- Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in the book "International Travel and Health". Information on international public health vaccination centres is available from local or national health offices.
- The physician should always consider that patients may have an associated disease.

**RECOMENDACIONES DESTINADAS A LOS MÉDICOS**

- La fecha de vacunación de cada certificado debe ser posterior a la siguiente: día, mes, año, y tres en letras. Ejemplo: 17 enero 2011.
- Si la vacunación está corroborada por razones médicas, el médico deberá proporcionar el nombre y cantidad de vacuna por escrito en español a las autoridades sanitarias.
- Los requisitos de los países en materia de vacunación están regulados por la OMS en el libro "Viajes Internacionales y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla.
- El médico debe considerar siempre que los pacientes pueden tener una enfermedad asociada a su viaje.

# NORMATIVIDAD SOPORTE

## MANUAL PAI 2015

**Guía de Práctica Clínica (GPC)**  
**basada en la evidencia científica**  
**para la atención de la infección**  
**por VIH en niñas y niños**  
**menores de 13 años de edad**

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Col  
Versión corta GPC-2013

**IETS**  
**ACIN**

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**CIRCULAR EXTERNA No. 004 DE 2013**  
19 NOV 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos sobre vacunación segura.

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**Lineamiento Estratégico para la Introducción de la Vacuna contra la Hepatitis A en el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI.**

Colombia 2013.

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C.  
Pbx: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050  
www.minsalud.gov.co

**CUARTA JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN**  
**"DIA DE PONERSE AL DÍA"**

**NOVIEMBRE DE 2014**

**Aspectos técnicos de vacunación**

**DOCUMENTO MARCO**

**Colombia, noviembre de 2014**

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
Dirección de Promoción y Prevención  
Subdirección de enfermedades transmisibles  
Grupo de enfermedades Interoportales

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**

**PRIMERA FASE**

Colombia, Julio 2013  
Vacunación sin barreras, un compromiso de todos!

Vacunas al día, se le pertenece! Salud es prioridad para todos!

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**CIRCULAR No. 0031 DE 2014**  
22 MAYO 2014

**PARA:** SECRETARIOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, GERENTES DE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, GERENTES DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**ASUNTO:** LINEAMIENTOS PARA GARANTIZAR LA VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**CIRCULAR EXTERNA No. 0023 DE 2013**  
16 JUL 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación.

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**LINEAMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CON TdaP (TÉTANOS - DIFTERIA - TOS FERINA ACELULAR) PARA MUJERES GESTANTES. COLOMBIA 2014.**

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C.  
Pbx: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050  
www.minsalud.gov.co

**MINSALUD**

**TODOS POR UN NUEVO PAÍS**

**Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción - Universalización de la Vacuna Inactivada contra la Poliomielitis -VIP, en el Esquema de Vacunación Permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI. Colombia, Enero 2015.**

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311 - Bogotá D.C.  
Teléfono: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 01800092525 Fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

**MINSALUD**

**TODOS POR UN NUEVO PAÍS**

**CIRCULAR EXTERNA No. 0027 DE 2015**  
22 JUN 2015

Bogotá, D.C.,

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, DIRECTORES DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTALES, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE REGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES.

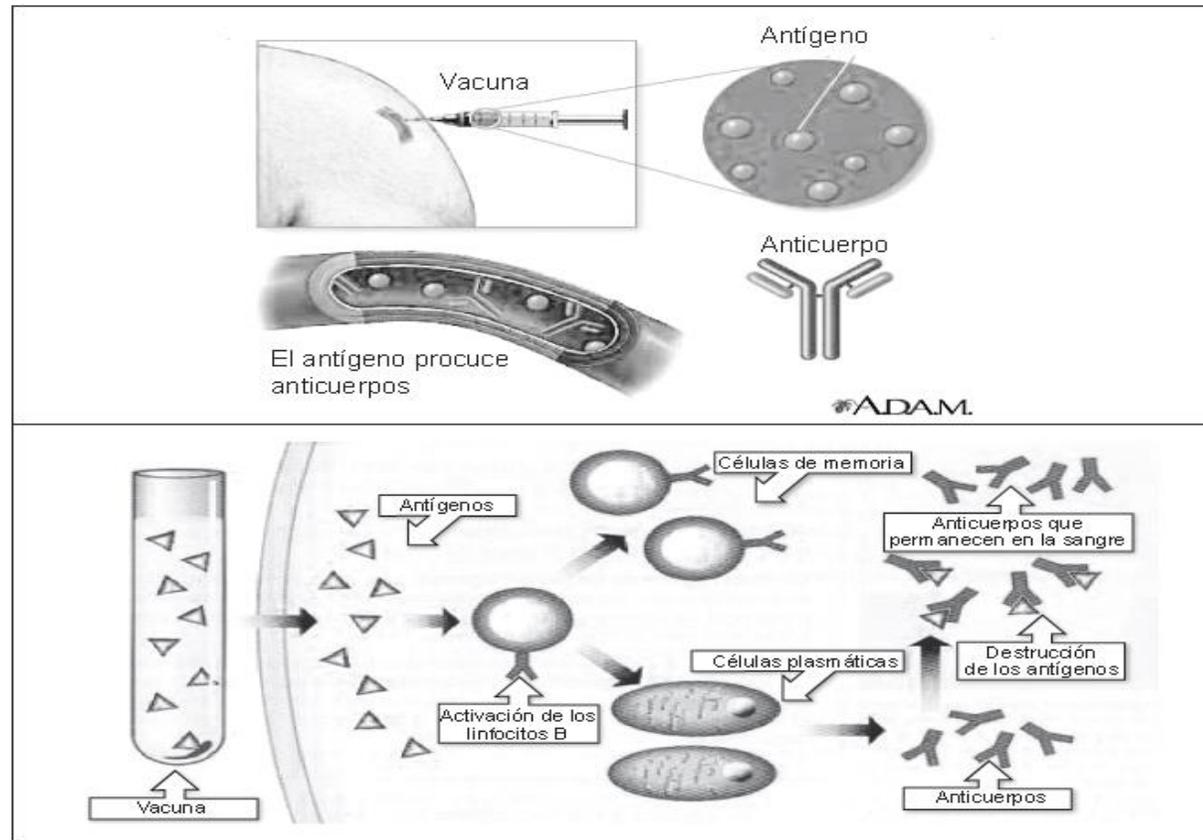
**ASUNTO:** INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA VARICELA Y MODIFICACIÓN EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE COLOMBIA.



# VACUNACION

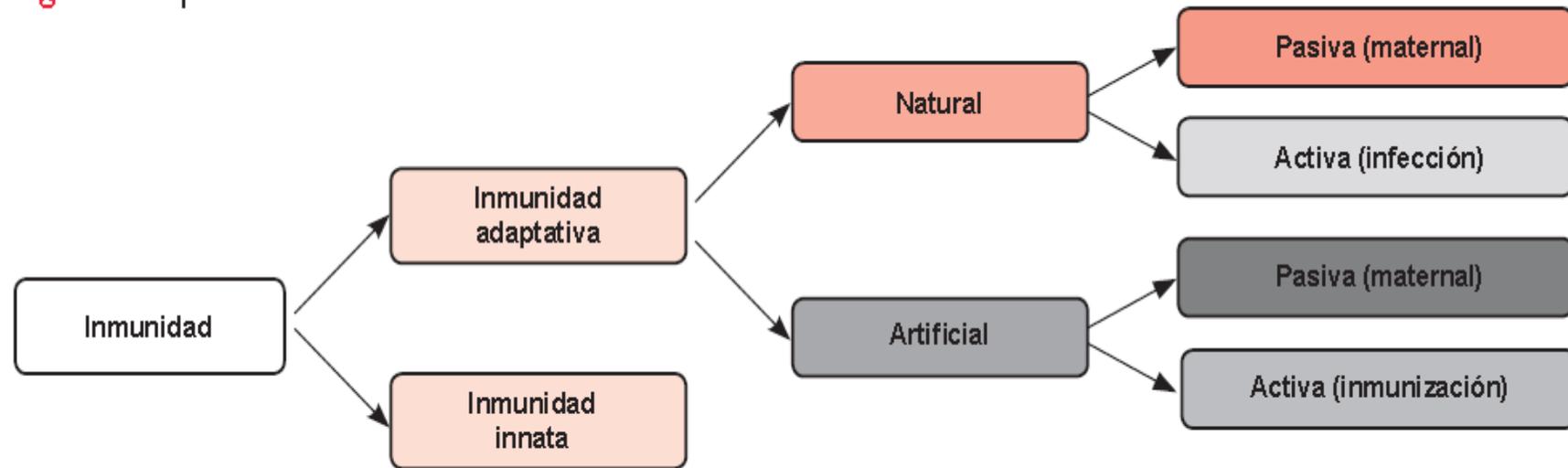
La vacunación es una acción en salud pública de gran impacto, debido a que previene en unos casos infección y la subsecuente enfermedad infecciosa, y, en otros, la muerte.

Figura 1. Formación de anticuerpos



# TIPOS DE INMUNIDAD

Figura 3. Tipos de inmunidad



Fuente: Disponible en: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AImmunity\\_es.svg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AImmunity_es.svg). Consultado el 4 de noviembre de 2013

# VACUNAS

Son suspensiones de microorganismos vivos, inactivados o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

## VACUNAS VIVAS ATENUADAS (REPLICATIVAS)

Producidas en un laboratorio, mediante la modificación de un virus o bacteria que produce una enfermedad (“salvaje”). El organismo vacunal resultante mantiene su capacidad de replicarse (crecer y multiplicarse) y producir inmunidad, pero generalmente no causa enfermedad.

La inmunidad provocada por estas vacunas es de larga duración y muy intensa, parecida a la generada por la enfermedad natural.

## VACUNAS MUERTAS O INACTIVADAS (NO REPLICATIVAS)

Pueden estar compuestas por la totalidad o por fracciones del microorganismo. Las vacunas fraccionadas están basadas en proteínas o polisacáridos del microorganismo.

Son producidas mediante el crecimiento de la bacteria o el virus en medios de cultivo, que luego son inactivados con calor o sustancias químicas.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

# Clasificación

## 1. Vacunas vivas atenuadas (replicativas)      2. Vacunas muertas o inactivadas (no replicativas)

- Polio oral
- BCG
- Triple viral
- Fiebre amarilla
- Rotavirus
- Varicela

- Polio inyectable
- DPT
- T.D. , Td y TDaP
- Influenza estacional
- Hepatitis A y B
- Pentavalente
- Neumococo
- VPH

# VIAS DE ADMINISTRACION

## Vía oral

La administración de la vacuna directamente en la boca es la técnica utilizada para administrar las vacunas de polio oral (VOP) y rotavirus.

Si el niño presenta vómito franco en los primeros 10 minutos después de haber sido administrada la dosis, esta se debe repetir.

Si la presentación de la vacuna es multidosis, se debe evitar todo contacto del vial con la mucosa oral.

Figura 1. Administración de la vacuna oral antipoliomielitis



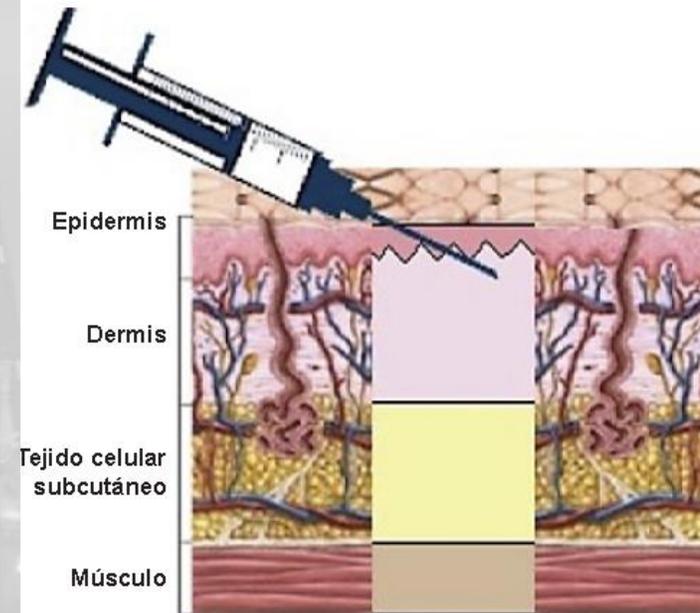
Fuente: <http://blogs.elcomercio.pe/cuidatusalud/2011/08/la-polio-en-el-peru.html>

## Vía intradérmica

Introducción de una pequeña cantidad de antígeno vacunal o producto biológico en la dermis.

Para la punción, se coloca la aguja con el bisel hacia arriba, manteniendo un ángulo de  $15^\circ$  paralelo al eje longitudinal del antebrazo. La inyección debe hacerse de forma lenta; posteriormente, aparecerá una pápula (pequeña induración) en el punto de la inyección.

Figura 2. Administración intradérmica



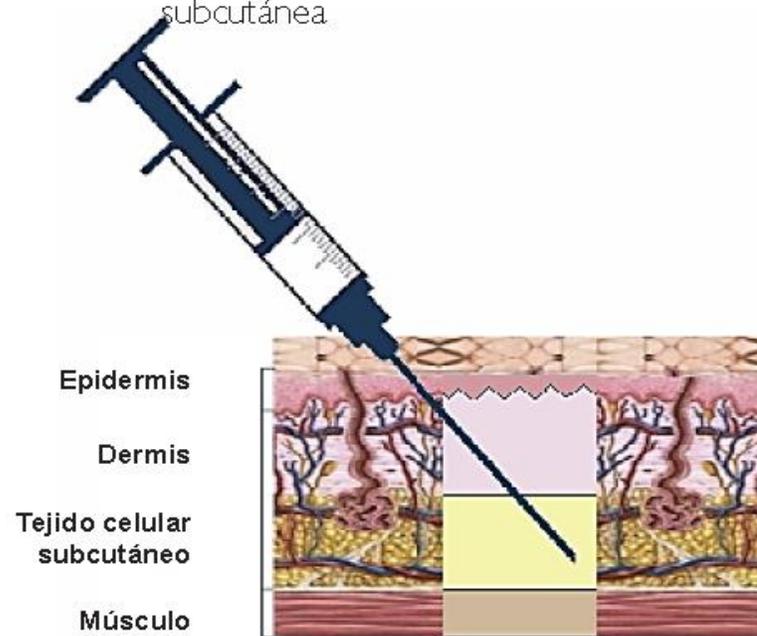
Fuente: Cortesía Hospital Usaquén I Nivel ESE. IPS vacunación de recién nacidos(as)  
Hospital Simón Bolívar. Bogotá. 2013

## Vía subcutánea

Introducción de una vacuna dentro del tejido celular subcutáneo, debajo de la piel, insertando la aguja con el bisel hacia arriba, en el pliegue producido al pinzar con los dedos la piel.

El ángulo de aplicación es de 45° con respecto a la piel.

Figura 3. Administración de inyección por vía subcutánea.



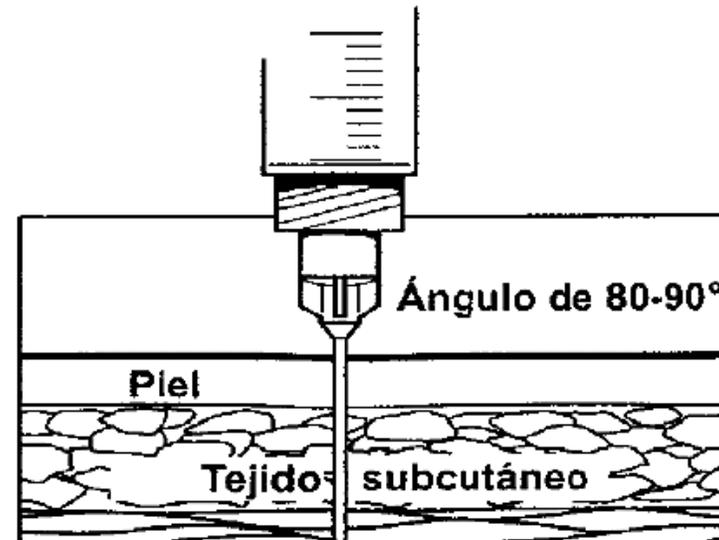
Fuente: Imágenes de: <http://www.diariopanorama.com/UserFiles/Image>. Hospital Usaquén | Nivel ESE. Coordinación PAI. Foto vacunación. Bogotá, 2011

## Vía intramuscular

Introducción profunda en la masa muscular de un producto inmunobiológico, con un ángulo entre  $80^\circ$  y  $90^\circ$ .

Las vacunas intramusculares deben administrarse en zonas anatómicas de masa muscular profunda, para que así la absorción del antígeno sea óptima.

**Figura 4.** Ángulo de administración de inyección por vía intramuscular



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Memorias del Taller de Vacunación Segura. OPS/MSPS/INS. Bogotá, mayo de 2013. Documento Inyección IM. Pdf

Coalición de Acción Inmunización. Consejos de agujas. 2002. Vol. 12 (1):10.

**Tabla 1.** Agujas, diámetros y longitudes. Uso y equivalencias

Utilización recomendada	Galga. Diámetro x largo (Gauges x pulgadas)	m/m Largo x diámetro (milímetros)
Subcutánea	25G x 5/8"	16 x 0,5
Intradérmica	26G x 3/8"	10 x 0,45
Intramuscular pediátrica	23 G x 1"	25 x 0,6
Intramuscular adulto	22 G x 1 1/2" o 22 G x 1 1/4"	30 x 0,7

Fuente: Adaptado. Tregnaghi, M.; Ceballos, A. et al. Manual de vacunas de Latinoamérica. Cap. 4. Técnicas de administración de las vacunas. Asociación Panamericana de Infectología. Buenos Aires. Edición 2005, p. 36.

**Tabla 2.** Técnicas de vacunación: lugar anatómico, ángulo de inyección y calibre de la aguja

Vía de administración	Lugar anatómico	Ángulo de inyección	Diámetro x largo (Gauges x pulgada)
Intradérmica	Región supra escapular izquierda (fóvea): BCG	15°	26G x 3/8" 27G x 3/4"
Subcutánea	Región del brazo	45°	25G x 5/8"
Intramuscular Adulto Niño caminador Niño no caminador	Región superior central del músculo deltoides (brazo). Región superior central del músculo deltoides (brazo). Vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo	90°	22 G x 1 1/2" o 22 G x 1 1/4" 23G x 1" 23G x 1"

Fuente: Adaptación, Tregnaghi, M., Ceballos, A. et al. Manual de vacunas de Latinoamérica. Cap. 4. Técnicas de administración de las vacunas. Asociación Panamericana de Infectología. Buenos Aires. Edición 2005, p. 36.

# Intervalos de administración entre vacunas



El intervalo **ideal** entre dosis es **8** semanas, el cual debe respetarse en todo niño menor de un año.



El intervalo **mínimo** entre dosis es **4** semanas.



No hay intervalos máximos y los esquemas nunca deben reiniciarse. (siempre continuar con la dosis siguiente, no importa el intervalo de tiempo)



A la Población infantil menor de 12 meses que se encuentre con esquema incompleto o tardío, se le debe iniciar o continuar el esquema, conservando el intervalo de 8 semanas según su antecedente vacunal.

**Tabla 3.** Intervalos de tiempo recomendados entre la administración de diferentes vacunas

Tipos de antígenos	Intervalo mínimo entre dosis
Dos o más vacunas inactivadas o muertas	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis
Vacuna viva y muerta	Se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis*
Dos o más vacunas vivas	Se pueden administrar simultáneamente o separadas al menos 4 semanas**

# Vacunación simultánea

Administración de varias vacunas en la misma visita. El uso simultáneo de vacunas es importante, porque aumenta la probabilidad de que un niño esté vacunado de forma completa a una edad apropiada y evita que se pierdan oportunidades de vacunación.

Se deben distribuir en zonas anatómicas diferentes y, si es necesario aplicar dos en la misma región, se debe dejar un espacio mínimo entre ellas de 2,5 cm para minimizar la aparición de reacciones locales.

Es recomendable aplicar la vacuna de DPT, sin que se administre otra en el mismo sitio de inyección.

## Falsas contraindicaciones

**Enfermedad leve:** los niños con enfermedad aguda leve, febrícula (inferior a 38°C), infección respiratoria de vías superiores, otitis media, diarrea, reacciones leves a dosis previas de DPT, como: fiebre (<40°C), dolor, enrojecimiento e inflamación en el lugar de inyección, enfermedad aguda benigna sin fiebre (catarro, coriza, diarrea), pueden ser vacunados.

**Terapia con antibióticos:** los antibióticos no tienen un efecto o respuesta inmune a la mayoría de las vacunas. Los mismos productores recomiendan que la vacuna oral de fiebre tifoidea Ty21 no debe ser administrada a personas que están recibiendo sulfamidas u otros antibióticos. La Ty21 puede ser aplicada 72 horas después de terminada la terapia antimicrobiana.

La vacuna viva atenuada de influenza debe ser administrada hasta 48 horas después de terminar la terapia con antivirales (oseltamivir, amantadina, rimantadina, zanamivir). Las drogas antivirales contra herpes virus (aciclovir, famciclovir) deben ser interrumpidas 24 horas antes de la administración de la vacuna de varicela, si es posible.

**Gestante o persona inmunosuprimida en el hogar:** es importante que los contactos y convivientes saludables de una mujer gestante y de personas inmunosuprimidas estén vacunados; la vacunación en estas personas sanas reduce la probabilidad de exposición de este grupo.

En el caso de la VOP, debe evitarse la administración a los niños convivientes de personas inmunosuprimidas.

**Lactancia materna:** Los bebés que reciben lactancia deben ser vacunados, de acuerdo con los esquemas recomendados; la lactancia no disminuye la respuesta a las vacunas rutinarias infantiles y no es una contraindicación para la vacunación.

La vacuna de fiebre amarilla debe ser evitada para mujeres lactantes. Sin embargo, cuando las madres lactantes no pueden evitar o posponer el viaje a áreas endémicas para fiebre amarilla en las cuales el riesgo es muy alto, deben ser vacunadas.

**Alergias a productos no presentes en las vacunas:** los bebés y niños con alergias inespecíficas; alergia al polvo, al cuero, a la penicilina, a las plumas o los niños con parientes con alergias y los niños que están recibiendo inmunoterapia para alérgenos pueden y deben ser vacunados.

**Alergia que no es anafiláctica:** la alergia anafiláctica a un componente de la vacuna, tal como el huevo o la neomicina, es una verdadera contraindicación a la vacunación; si una alergia a un componente de la vacuna no es anafiláctico o no es grave, no hay una contraindicación para vacunar.

**Historia familiar de eventos adversos:** una historia familiar de convulsiones es una precaución para el uso de vacuna triple viral más varicela, así como la inmunosupresión puede afectar la decisión de administración de una vacuna de varicela. Un antecedente familiar de reacciones adversas no relacionadas a inmunosupresión o la historia familiar de convulsiones o síndrome de muerte súbita no son contraindicaciones para la vacunación. La vacuna que contiene varicela (excepto zoster) no puede ser administrada a personas con historia familiar de inmunodeficiencia hereditaria o congénita en parientes de primer grado (padres o hermanos), a menos que el poder inmunogénico de la vacuna haya sido sustentado clínicamente o verificado por el laboratorio.

**Historia familiar de eventos adversos:** una historia familiar de convulsiones es una precaución para el uso de vacuna triple viral más varicela, así como la inmunosupresión puede afectar la decisión de administración de una vacuna de varicela. Un antecedente familiar de reacciones adversas no relacionadas a inmunosupresión o la historia familiar de convulsiones o síndrome de muerte súbita no son contraindicaciones para la vacunación. La vacuna que contiene varicela (excepto zoster) no puede ser administrada a personas con historia familiar de inmunodeficiencia hereditaria o congénita en parientes de primer grado (padres o hermanos), a menos que el poder inmunogénico de la vacuna haya sido sustentado clínicamente o verificado por el laboratorio.

**Prueba de tuberculina:** los bebés y niños que necesitan una prueba de tuberculina pueden y deben ser vacunados. Todas las vacunas, incluida la triple viral, pueden ser aplicadas en el mismo día o momentos después de que les realizan la prueba de tuberculina. Si el niño recibió la vacuna de triple viral uno o más días antes, se debe esperar al menos 4 semanas para realizar la prueba de tuberculina; el motivo para ello es que la vacuna puede disminuir potencialmente la respuesta a la tuberculina y causar, así, una respuesta falsa negativa en algunos que tienen una infección actual con tuberculosis.

**Vacunas múltiples:** todas las vacunas (excepto la viruela) pueden ser aplicadas en la misma visita con las otras vacunas, con miras a no perder oportunidades de vacunación y alcanzar las coberturas administrativas altas.

**Otras:** otras falsas contraindicaciones frecuentes durante el proceso de la vacunación son la desnutrición, enfermedades neurológicas no evolutivas (parálisis cerebral, síndrome de Down), historia de ictericia al nacimiento, administración de VOP en niños/as con candidiasis oral, tratada o no; pacientes con oxigenoterapia u oxigenodependientes y administración de vacunas inactivadas en pacientes inmunocomprometidos.

## POLITICA DE FRASCOS ABIERTOS

**Vacunas líquidas multidosis en uso intramural.** La política actual en uso intramural de frascos multidosis se modifica de 21 días a 28 días. Por lo tanto, **toda vacuna líquida multidosis** de Polio Oral - VOP, Polio Inyectable – VIP, Difteria Tétanos y Tos Ferina - DPT, Toxoide Tetánico - TT, Tétanos y Difteria – Td adultos, Tétanos y Difteria – Td pediátrica - TD, Hepatitis B, Influenza estacional y fórmulas líquidas de la vacuna Hib, pueden ser utilizadas hasta 28 días posteriores a su apertura.

**Vacunas líquidas multidosis en uso extramural.** La política actual en uso extramural de frascos multidosis se modifica de 6 horas a 7 días. Por lo tanto,

**toda vacuna líquida multidosis** de Polio Oral - VOP, Polio Inyectable – VIP, Difteria Tétanos y Tos Ferina - DPT, Toxoide Tetánico - TT, Tétanos y Difteria – Td adultos, Tétanos y Difteria – Td pediátrica - TD, Hepatitis B, Influenza estacional y fórmulas líquidas de la vacuna Hib, pueden ser utilizadas hasta 7 días posteriores a su apertura, anotando que se debe priorizar el uso de los frascos abiertos y cerrados que re-ingresaron a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS después de una jornada extramural.

**Vacunas liofilizadas multidosis de uso intramural o extramural.** La política actual de uso de vacunas liofilizadas (BCG, sarampión, SR, SRP, fiebre amarilla y Hib para reconstituir) *continúa igual*, es decir, una vez reconstituidas deben ser aplicadas en las siguientes 6 horas o atendiendo a las recomendaciones de la casa productora, lo primero que suceda.

# Aspectos técnicos de esquema Nacional de Vacunación





MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

CIRCULAR EXTERNA No. 0045 DE 2013

19 NOV. 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos sobre vacunación segura.

- 3. Limpieza del sitio anatómico a inyectar:** Solo se limpia lo visiblemente sucio, para ello se debe realizar con torunda de algodón previamente seca, humedecida en agua limpia, con movimientos centrifugos, del centro a la periferia, en una sola pasada.
- 4. Manejo de jeringas autodescartables (AD):** Son las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud - OMS para realizar el procedimiento de vacunación y fueron adquiridas por este Ministerio desde el año 2012. Estas jeringas no permiten realizar aspiración, lo cual no es necesario, una vez han sido introducidas en el sitio anatómico.

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus	Influenza estacional			Triple viral	Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo				Varicela	DPT	
		Pentavalente				Neumococo		
	Hepatitis B	Polio Inactivada				Hepatitis A	Polio Oral	
		Influenza estacional						

# VACUNA DE BCG



Dosis: 0,05 mL. Menores de un año y 0,1mL después del año.

SERUM el inserto menciona: Ni la ausencia de la cicatriz, ni una reacción de PPD negativa es indicativa de la mala captación de la BCG, no hay indicación de repetir la dosis.

Dosis: 0,1 mL. sin importar la edad.





**Peso del recién nacido:** A partir de los 2000 g.  
**Administración:** Antes del egreso hospitalario  
**Indicación:** se aplica a los niños hasta 11 meses 29 días  
**Presentación:** Líquida, frasco por 10 dosis.  
**Dosis:** única 0,05 ml  
**Refuerzo:** No tiene.  
**Calibre de la aguja:** 26 G ó 27 G  
**Vía:** Intradérmica ángulo de 15°  
**Sitio de aplicación:** Región supraescapular izquierda

# VACUNA DE BCG

CNPI	Recomendación
22 junio de 2006	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Teniendo en cuenta el peso del RN, conceptúan que debe aplicarse a partir de los 2000 gr.</li><li>✓ No se debe revacunar si existe la evidencia en carné de la aplicación de la vacuna</li></ul>
14 de agosto de 2007	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aplicar la vacuna de BCG a todos los menores de 1 año de edad y solamente en casos especiales (población indígena) se podrá aplicar a menores de 5 años.</li></ul>

Manual PAI: recomendación de vacunación de gestantes menciona que la vacuna de BCG esta contraindicada en mujeres gestantes.

## 36. Guía de atención de la lepra

### 3.10 Protección específica

Estudios mundiales muy extensos avalados por la OMS en Venezuela durante más de 20 años y en Malawi mostraron que la vacuna BCG protege contra la lepra hasta en un 70%, por mecanismos de inmunidad cruzada.

Por lo anterior, se debe vacunar con BCG al grupo de población de mayor riesgo o sea los convivientes.

Las pautas son: conviviente que presenta cicatriz de vacunación BCG previa, aplicarle una dosis de BCG. Conviviente que no presenta cicatriz de vacunación BCG previa aplicarle una dosis de BCG y un refuerzo 6 meses más tarde.

Aprobado por el MSPS, la vacunación de contactos de lepra, excepto la gestantes. (Manual PAI)

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B

**1. Peso para la aplicación:**  
**Independientemente del peso y la edad gestacional al nacer**

**2. Indicación:** vacunar a todo recién nacido de manera oportuna durante las primeras 12 horas de nacimiento. para evitar la transmisión vertical madre – hijo. cuanto más tiempo transcurre, más baja es la eficacia de la vacuna para prevenir la transmisión perinatal (aunque interrumpe otras vías de transmisión).  
**En casos extremos se podrá hasta el día 28.**



# Circular



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

CIRCULAR EXTERNA No. 0045 DE 2013

19 NOV. 2013

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

- 5. Vacunación de hijo de madre portadora del virus de la hepatitis B - HB:** Si el recién nacido pesa menos de 2.000 gramos al momento del nacimiento, se le debe aplicar la dosis de recién nacido para HB y la inmunoglobulina para hepatitis B, en las primeras 12 horas del nacimiento, luego se continúa el esquema de vacunación, de acuerdo a la edad cronológica del niño o niña. Todo menor de un (1) año debe recibir, en total, cuatro (4) dosis de vacuna contra la hepatitis B. La primera dosis en presentación monovalente y las tres (3) siguientes en presentación pentavalente, a los dos, cuatro y seis meses de edad.

# VACUNA DE HEPATITIS B

CUARTA JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN  
**“DÍA DE PONERSE AL DÍA”**

NOVIEMBRE DE 2014

DOCUMENTO MARCO

Colombia, noviembre de 2014

## 8. ASPECTOS TÉCNICOS

### 8.1. Vacunación del recién nacido contra la Hepatitis B:

Todo recién nacido vivo, independientemente del peso y edad gestacional al nacer, debe recibir la vacuna contra la hepatitis B, obligatoriamente en las primeras 12 horas de vida. Por lo anterior, todo menor de un año debe contar con cuatro dosis de vacuna de hepatitis B, de recién nacido, y en presentación pentavalente a los dos meses, a los cuatro meses y a los seis meses de vida.



## VACUNA DE HEPATITIS B

- **Presentación:** Líquida frasco unidosis o multidosis dependiendo de la casa productora.
- **Dosis:** de recién nacido es obligatoria 0,5 ml.
- **Calibre de la aguja:** 23 Gx1
- **Vía:** Intramuscular
- **Sitio de aplicación:** tercio medio cara anterolateral del muslo.

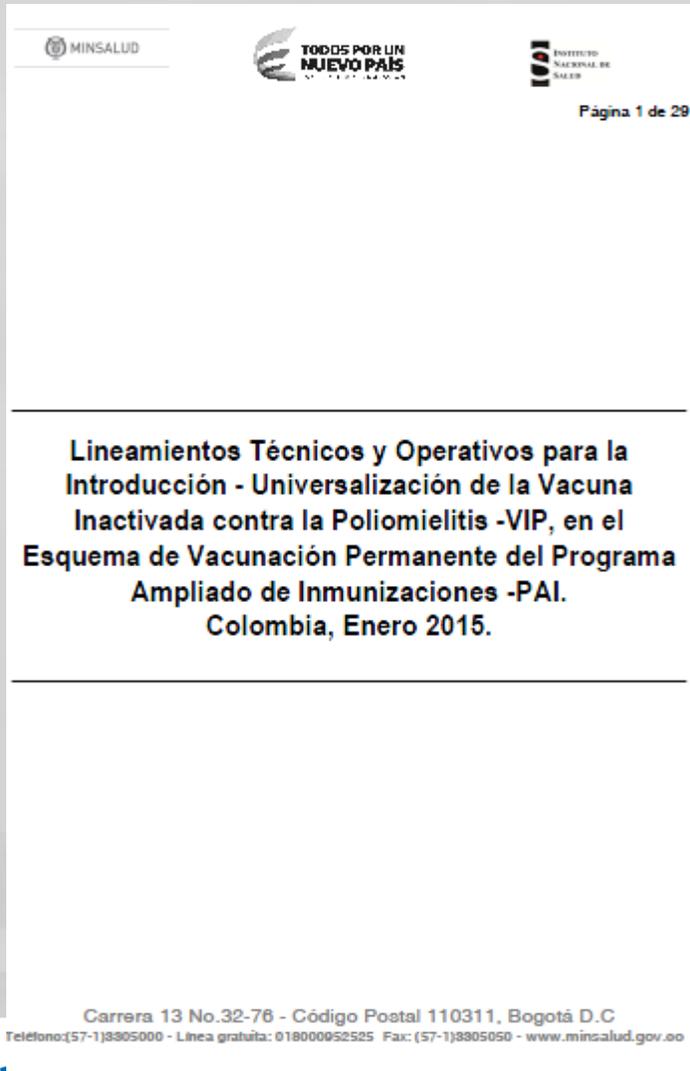
# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
			Influenza estacional					

# VACUNA INYECTABLE CONTRA LA POLIOMIELITIS



# Introducción Universalización de la vacuna inactivada contra poliomielitis- VIP



## 6.2 Objetivos específicos

- Aplicar una dosis de vacuna inactivada contra la poliomielitis, a todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de diciembre de 2014, en el 100% de los municipios del país y a los susceptibles que inicien esquemas, menores de 6 años.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

# VACUNA INYECTABLE CONTRA LA POLIOMIELITIS

- **Indicaciones:**
  - Inmunocomprometidos.
  - Ser contacto de inmunocomprometidos.
- **Presentación:** vial por 1 dosis
- **Dosis:** 0,5 ml
- **Numero de dosis:** 3
- **Edad de aplicación:** 2, 4 y 6 meses.
- **Refuerzos:** Un año después de la 3ra. Dosis y a los 5 años de edad.
- **Calibre de la aguja:** 23Gx1
- **Vía:** Intramuscular
- **Sitio de aplicación** En niños caminadores en zona deltoidea, en niños no caminadores en tercio medio cara anterolateral del muslo.



# Vacuna inactivada de poliovirus (VIP)

## INDICACIONES

- .Niños menores de un año con compromiso inmunológico severo, no relacionado con VIH o convivientes con:
  - . Patologías congénitas como hipogammaglobulinemia o agammaglobulinemia.
  - . Neoplasias como enfermedad de Hodgkin, Leucemia, Cáncer.
  - . Tratamiento con agentes alquilantes, antimetabolitos, radiación o grandes dosis de corticoesteroides.
- . Niños menores de un año con infección VIH o convivientes de personas viviendo con VIH o SIDA.
- . Niños menores de un año con condiciones que causan déficit inmune como esplenectomía, asplenia o falla renal.

**Reacciones locales:** dolor, eritema (enrojecimiento de la piel), induración. Raramente se puede presentar edema que puede sobrevenir en las siguientes 48 horas y persistir uno o dos días, y linfadenopatías (aumento del tamaño de los ganglios linfáticos).

**Reacciones sistémicas:**

- fiebre moderada y transitoria.
- Reacción de hipersensibilidad (alergia): urticaria, edema de Quincke (edema facial), choque anafiláctico.
- Artralgias moderadas y transitorias y mialgias
- Convulsiones asociadas o no a fiebre, cefalea, parestesia, moderada y transitoria
- Agitación, somnolencia e irritabilidad en las primeras horas o en los días siguientes a la vacunación y que desaparecen rápidamente.
- Rash.
- En los bebés nacidos muy prematuros (en la semana 28 del embarazo, o antes), pueden ocurrir pausas respiratorias, durante los 2 ó 3 días siguientes a la vacunación.

# VACUNA ORAL DE POLIO



- VOP: dos gotas, evitar contacto del gotero con la mucosa oral. Si el niño presenta vómito franco en los primeros 10 minutos después de administrada la dosis, ésta se debe repetir (Manual PAI.)

Si el niño presenta vómito franco en los primeros 10 minutos después de administrada la dosis, ésta se debe repetir.  
(Manual PAI)



# VACUNA ORAL DE POLIO

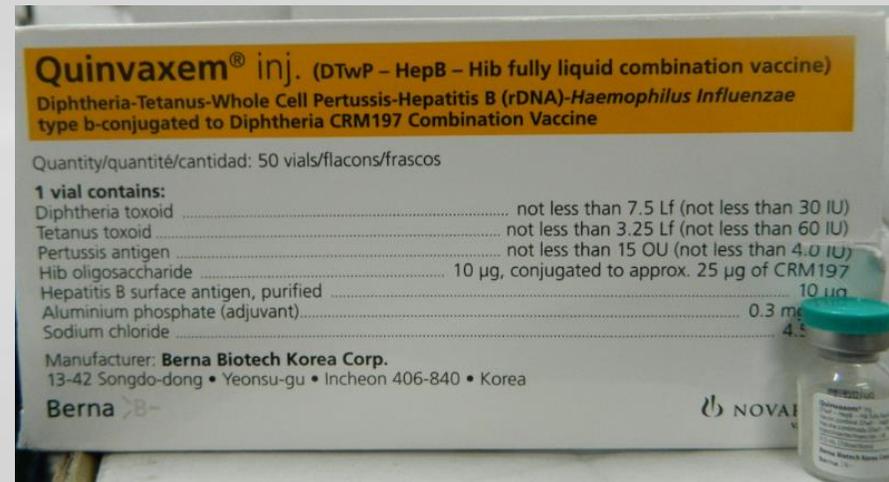
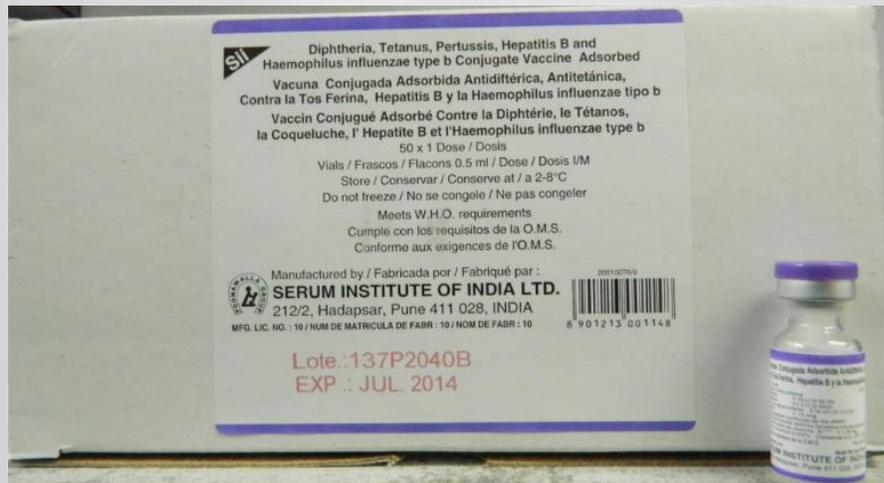
- **Presentación:** Líquida frasco por 20 dosis.
- **Dosis:** 2 gotas
- **Vía:** oral
- **Número de dosis:** 2 refuerzos
  
- **Refuerzos:** Un año después de la 3ra. Dosis y a los 5 años de edad.



Repetir la dosis si el niño presenta **vómito franco** en los 10 minutos siguientes a la administración.

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

## Presentaciones: Líquida ó líoofilizada



La presentación pentavalente (DPT, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) para niños y niñas hasta los 23 meses de edad.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

# VACUNA PENTAVALENTE DPT+HB+Hib

## Presentación:

- Líquida frasco por 1 dosis ó
- Duo frasco liofilizado + frasco líquido para reconstituir por 1 dosis

**Dosis:** 0,5 ml

**Numero de dosis:** tres

**Edad de aplicación:** 2, 4 y 6 meses.

**Refuerzos:** no tiene

**Calibre de la aguja:** 23 Gx1

**Vía:** Intramuscular

**Sitio de aplicación** En niños caminadores en zona deltoidea, en niños no caminadores en tercio medio cara anterolateral del muslo.

# VACUNA CONTRA DIFTERIA, TOSFERINA Y TETANOS (DPT)

**Indicación:** para refuerzos, a los 18 meses (un año después de la 3ra. Dosis) y a los 5 años de edad. También para completar esquemas atrasados en niños de un año en adelante.

**Presentación:** Líquida Frasco por 10 dosis.

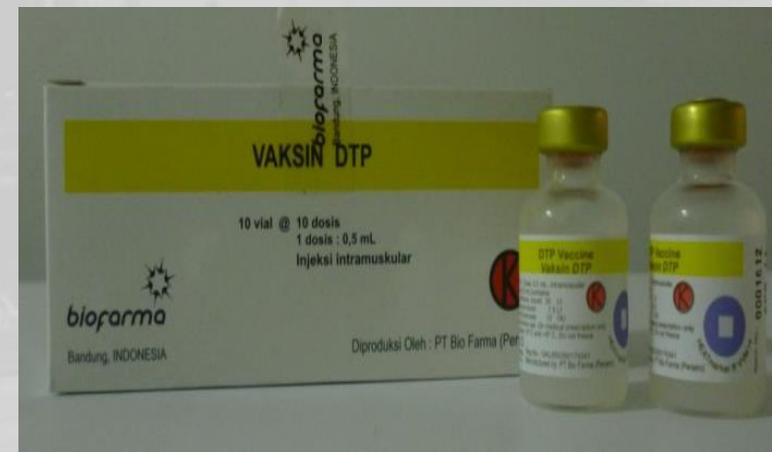
**Dosis:** 0,5 ml.

**Edad máxima de aplicación:** 5 años 11 meses y 29 días.

**Calibre de la aguja:** 23 Gx1

**Vía:** Intramuscular profunda.

**Sitio de aplicación:** En niños caminadores en zona deltoidea, en no caminadores en el tercio medio cara anterolateral del muslo.



# DPT acelular para niños: TDaP



**DTaP:** se utiliza en población hasta los 6 años de edad, que tienen contraindicación para recibir DPT, se aplica el mismo esquema que DPT. (Manual PAI).

**Indicación:** Iniciar, **continuar o completar** esquemas en menores de un año, que hayan presentado reacciones graves a una dosis previa de pentavalente o por indicación médica

**1. Vacuna contra DaPT (acelular de Pertussis pediátrica):** se garantiza para todo niño y niña menor de siete años de edad, que tenga contraindicado o que haya presentado anafilaxia a dosis previa o a alguno de los componentes de la vacuna de células enteras. De acuerdo a la edad y al antecedente vacunal se debe iniciar, continuar o terminar el esquema de vacunación, incluidos los refuerzos (primero y segundo). **Lineamiento de jornada de Vacunación de noviembre de 2014**



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

CIRCULAR EXTERNA 000023 DE 2013

16 JUL. 2013

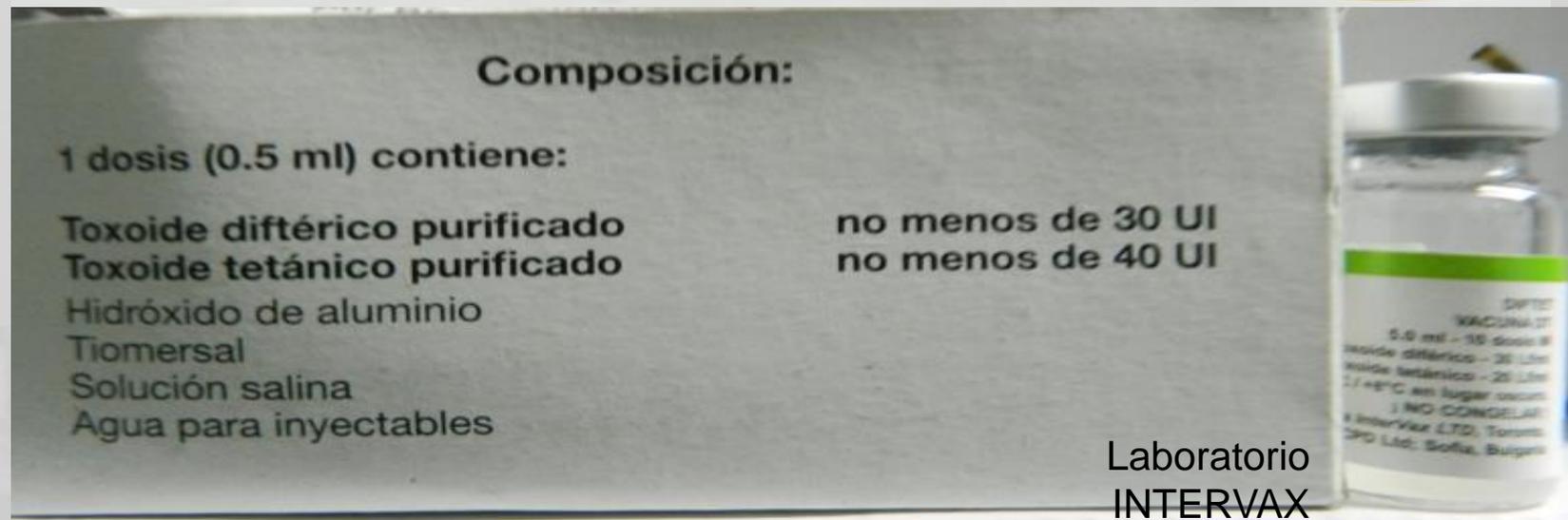
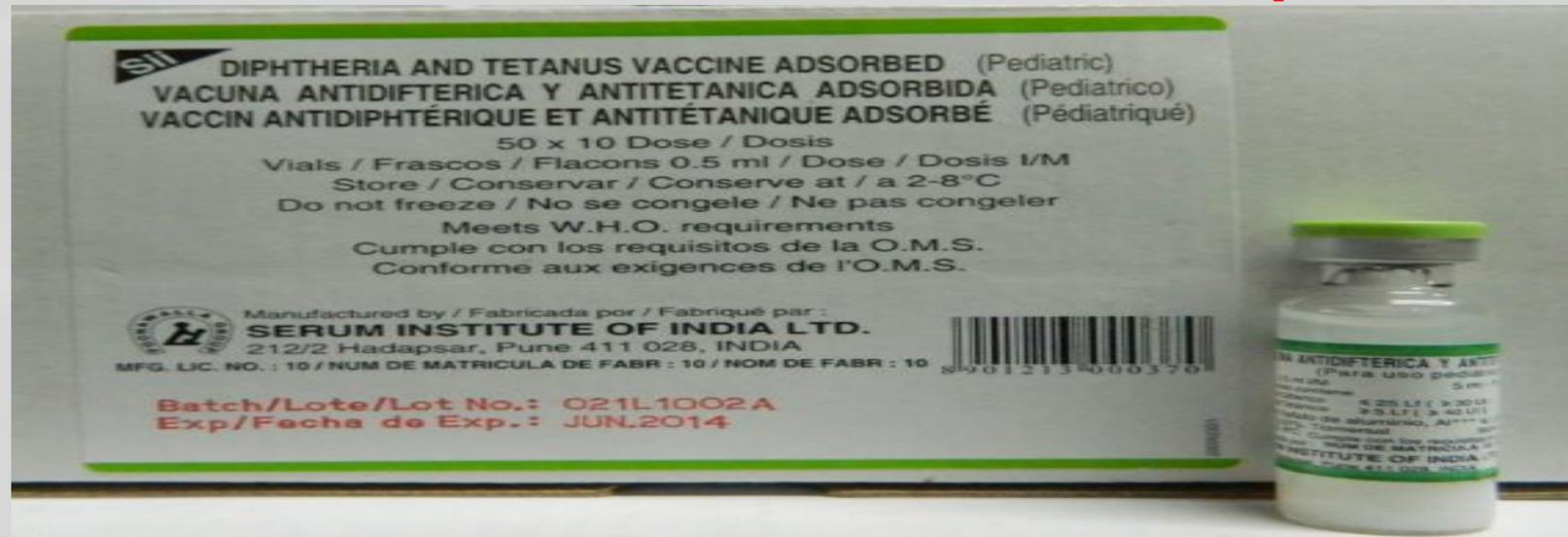
PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: Aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación.

2. Toxoide tetánico, toxoide diftérico y *pertussis* acelular (DTaP): La vacuna se debe administrar a todo niño y niña, que haya presentado reacción adversa grave a la aplicación de la vacuna pentavalente ó a la DPT. También se incluye a los niños y niñas que por alguna otra razón, por ejemplo, hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna, tenga contraindicada la aplicación de la vacuna pentavalente ó la DPT.

# TOXOIDE TETANICO DIFTERICO pediátrico



Laboratorio  
INTERVAX



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

CIRCULAR EXTERNA **000023** DE 2013

16 JUL. 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación.

1. Toxoide tetánico y toxoide diftérico pediátrico (TD): La vacuna se administra a los niños y niñas entre seis (6) años cero (0) días y seis 6 años once (11) meses y veintinueve (29) días, que no han completado el esquema con DPT a la edad ideal, o a quienes no les haya sido aplicado sus refuerzos con DPT, antes de cumplir los seis (6) años de edad.

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# VACUNA CONTRA ROTAVIRUS

**Presentación:** Líquida uni-dosis

**Dosis:** 1,5 ml

**Numero de dosis:** dos

**Edad de aplicación:**

- **Primera dosis:** 2 meses
- \* **En casos extremos hasta 3 meses y 21 días**
- **Segunda dosis:** 4 meses.
- \* **En casos extremos hasta 11 meses y 29 días**

**Refuerzos:** No tiene

**Vía:** Oral



En el caso de que su hijo escupa o regurgite la mayor parte de la dosis de la vacuna, se puede administrar una dosis única de sustitución en la misma visita. INSERTO

**El esquema de vacunación con Rotavirus debe terminarse con el mismo tipo de vacuna con la que se inició el esquema.**



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

CIRCULAR EXTERNA No. 0045 DE 2013

19 NOV. 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos sobre vacunación segura.

- 8. Vacunación contra el rotavirus:** Todo niño y niña que tenga el esquema atrasado, debe ser buscado y garantizársele la aplicación de la segunda dosis de vacuna contra el rotavirus, hasta la edad máxima de 11 meses y 29 días. Para la primera dosis se mantiene como edad máxima de aplicación, 3 meses y 21 días.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

# VACUNA CONTRA ROTAVIRUS



**En casos de hipersensibilidad conocida a la administración de una dosis previa de la vacuna o a cualquier componente de la misma.**



**En niños con cualquier antecedente de enfermedad gastrointestinal crónica, incluyendo cualquier malformación congénita del tracto gastrointestinal no corregida.**



**En malformación congénita del tracto gastrointestinal corregida se requiere orden médica**

# Esquema niños

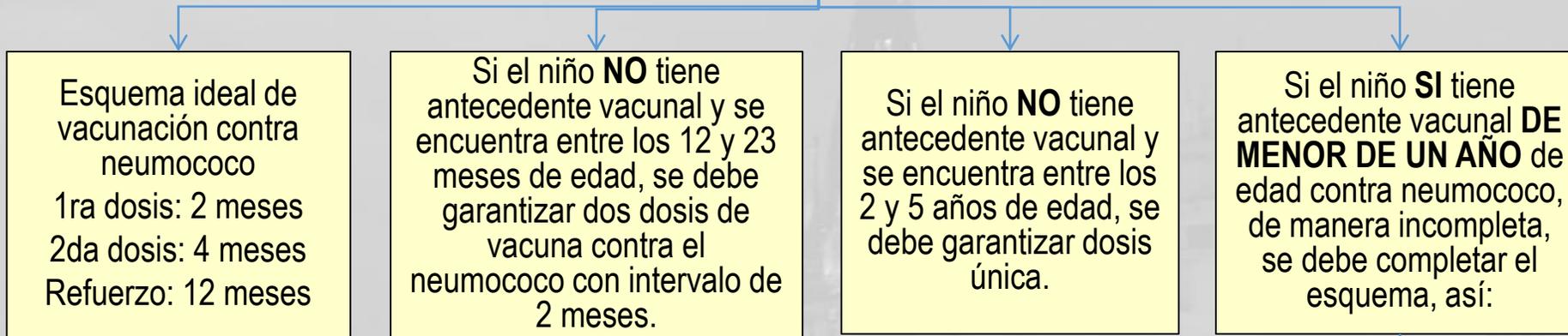
EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO

Universalización de la vacuna para niños nacidos a partir del 1ro de noviembre de 2010



A continuación el esquema para la población de 2 meses a 5 años 11 meses y 29 días de edad



EDAD HOY	No. De dosis previas	No. De dosis a garantizar
12-23 meses	1	2
12-23 meses	2	1
2 a 5 años	1	1
2 a 5 años	2	0

El intervalo mínimo entre la primera y segunda dosis debe ser de 2 meses y entre la segunda dosis y el refuerzo de 6 meses.



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

# VACUNA CONTRA NEUMOCOCO

**Presentación:** Líquida uni-dosis

**Dosis :** 0,5 ml

**Numero de dosis:** dos

**Edad de aplicación:** 2 y 4 meses.

**Refuerzos:** uno (1), al año de edad (12 meses hasta 23 meses)

**Calibre de la aguja:** 23 Gx1

**Vía:** Intramuscular

**Sitio de aplicación:** En niños caminadores en zona deltoidea y en no caminadores en tercio medio cara anterolateral del muslo.

1. Si el niño/a **NO** tiene antecedente vacunal, se le debe garantizar esquema así:

<b>EDAD A HOY</b>	<b>No. DOSIS A GARANTIZAR</b>
Menores de un año	3, según esquema
De 12 – 23 meses	2 con intervalo de 2 meses
De 24 – 35 meses	1

GRUPO DE EDAD	2 A 10 MESES Y 29 DIAS			11 A 22 MESES Y 29 DIAS		23 A 35 MESES Y 29 DIAS
NUMERO DE DOSIS NECESARIA SEGÚN EDAD	3			2		1
ESQUEMA DE NEUMOCOCO	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera dosis	Primera Dosis	Segunda Dosis	Unica
ESQUEMA IDEAL	2	4	12-15			
ESQUEMA SEGÚN EDAD DE INICIO	3	5	12-15	11	13	23
	4	6	12-15	12	14	24
	5	7	12-15	13	15	25
	6	8	12-15	14	16	26
	7	9	12-15	15	17	27
	8	10	12-15	16	18	28
	9	11	12-15	17	19	29
	10	11	12-15	18	20	30
				19	21	31
				20	22	32
			21	23	33	
			22	23	34	
					35	

# Esquema niños

EDAD	meses							años	
	0	2	4	6	7	12	18	5	
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional		Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo				Varicela		DPT	
		Pentavalente				Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada		Influenza estacional		Hepatitis A		Polio Oral	
						Influenza estacional			

# Influenza estacional



Niños de 6 a 35 meses:  
dos dosis de 0,25 ml  
cada una, con  
intervalo de un mes.  
De 36 meses y más:  
una dosis de 0,5 ml.



Dosis:  
**0.25 ml:** de 6 a 35 meses  
**0,5 ml:** de 3 en adelante.

Vía: Intramuscular

CNPI DIC 2009,  
INSERTOS



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Promoción Social

# VACUNA INFLUENZA ESTACIONAL

**Presentación:** Líquida por 10 dosis.

**Dosis:** 0,5 ml

**Numero de dosis:** primovacunación 2 dosis  
con 4 semanas de intervalo.

**Edad de aplicación:** a partir de los 6 meses de edad y hasta los 23 meses y 29 días

**Refuerzo:** Después de la primovacunación, dosis única anual

**Calibre de la aguja:** 23 G x1

**Via:** intramuscular.

**Sitio de aplicación:** En niños caminadores en zona deltoidea, en niños no caminadores tercio medio cara anterolateral del muslo.





MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS



---

**LINEAMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CON TdaP  
(TÉTANOS - DIFTERIA - TOS FERINA ACELULAR)  
PARA MUJERES GESTANTES.  
COLOMBIA 2014.**

---

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C.  
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050  
www.minsalud.gov.co

### **1. Vacuna contra dTaP (acelular de Pertussis adultos):**

En zonas rurales dispersas y de difícil acceso se puede aplicar la vacuna a partir de la semana 20 de edad gestacional. **Lineamiento de jornada noviembre 2014**

## **5. Objetivos y Meta**

### **5.1 Objetivo general**

Vacunar a todas las mujeres gestantes a partir de la semana 26, con el objeto de disminuir la mortalidad en lactantes menores de un año de edad.



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## Vacuna TdaP (Tétanos - Difteria - Tosferina acelular) para embarazadas

- **Indicación.** Todas las mujeres gestantes a partir de la semana 26.
- **Presentación de la vacuna:** unidosis por 0.5 ml.
- **Conservación** Almacenar en el empaque original a temperatura entre +2°C y + 8°C. NO CONGELAR.
- **Dosis y vía de administración:** Dosis única de 0,5 ml, se aplica por vía intramuscular profunda.

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# VACUNA CONTRA SARAMPION+RUBEOLA+PAROTIDITIS (SRP) TRIPLE VIRAL

Inserto: aplicar de 1 a  
10 años



**Presentación:** Liofilizado Frasco por 1 ó 10 dosis.

**Dosis:** 0,5 ml.

**Numero de dosis:** 1

**Edad de aplicación:** 12 meses

**Refuerzo:** a los 5 años de vida.

**Calibre de la aguja:** 25G 5/8

**Vía:** Subcutánea

**Sitio de aplicación:** Región deltoidea.



# PRECAUCIONES

**No administrar a:**

- ↳ Inmunosuprimidos,**
- ↳ Embarazadas,**
- ↳ Enfermedades febriles agudas,**
- ↳ Hipersensibilidad comprobada a la Neomicina.**

**Lineamiento. En caso de encontrar niños mayores de 5 años, con esquemas incompletos, se debe informar el caso, para solicitar autorización de vacunación.**

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# HEPATITIS A



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS



## Lineamiento Estratégico para la Introducción de la Vacuna contra la Hepatitis A en el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI.

Colombia 2013.



### 5.3. Población Objeto

Todos los niños y niñas de un año de edad, nacidos a partir del 1 de enero de 2012, que residan en el territorio colombiano.

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C  
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050  
www.minsalud.gov.co



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Promoción Social

# HEPATITIS A

## Presentación:

• Líquida frasco por 1 dosis

**Dosis:** 0,5 ml

**Numero de dosis:** una

**Edad de aplicación:** 12 meses.

**Refuerzos:** no tiene

**Calibre de la aguja:** 23 Gx1

**Vía:** Intramuscular

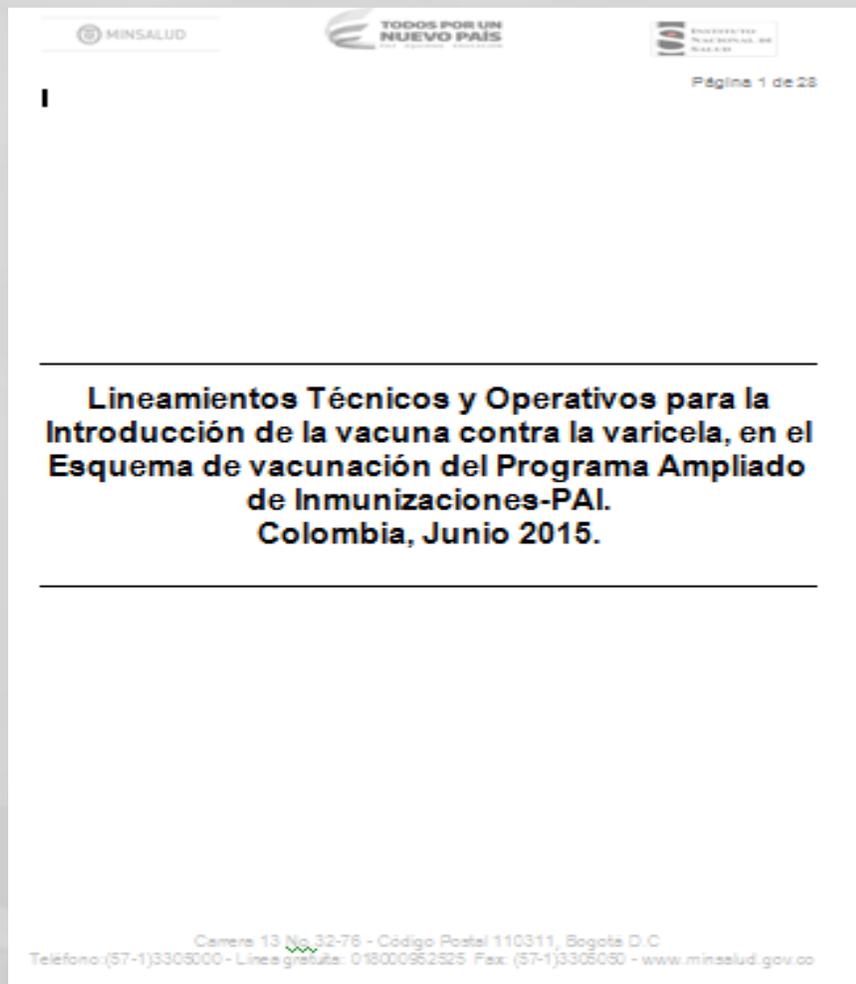
**Sitio de aplicación** En niños caminadores en zona deltoidea, en niños no caminadores tercio medio cara anterolateral del muslo.



# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional		Triple viral	Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo				Varicela	DPT	
		Pentavalente				Neumococo		
	Hepatitis B	Polio Inactivada				Hepatitis A	Polio Oral	
						Influenza estacional		

# Varicela



## Objetivo específico

Aplicar una dosis de vacuna contra la varicela a todos los niños y niñas del territorio nacional, nacidos a partir del 1 de julio de 2014.

EDAD	12 meses
DOSIS	Única
VIA	Subcutánea
SITIO	Región deltoidea.
CALIBRE DE AGUJA	Número de aguja: 25G X 5/8

# Varicela

MINSALUD

TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS

CIRCULAR EXTERNA No. 000027 DE 2015

Bogotá, D.C., 22 JUN 2015

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, DIRECTORES DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTALES, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE REGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES.

**ASUNTO:** INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA VARICELA Y MODIFICACIÓN EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE COLOMBIA.

Teniendo en cuenta lo anterior, este Ministerio como rector del sector salud, decide introducir la vacuna contra la varicela, y con ella, el país contará con un esquema de vacunación con 21 vacunas que protegen contra 25 enfermedades. Se aplicará a la cohorte de niñas y niños nacidos a partir del 1 de Julio de 2014 y la aplicación se iniciará a partir del 1 de julio de 2015.

Teniendo en cuenta que la primera dosis de vacuna contra la Varicela se aplicará al año de edad, se realiza una modificación al esquema nacional de vacunación. La vacuna contra la Fiebre Amarilla se aplicará a los 18 meses de edad, conjuntamente con el primer refuerzo de DPT y polio oral.

# VARICELA

## Contraindicaciones

Por ser una vacuna de virus vivo, está contraindicada en las siguientes situaciones:

- Quienes hayan tenido reacciones anafilácticas a los componentes de la vacuna, (gelatina y neomicina).
- En presencia de desórdenes sanguíneos, o cualquier tipo de cáncer, (leucemia, linfomas de cualquier tipo u otros neoplasias malignos que afectan la médula ósea o el sistema linfático).
- Si se está administrando una medicación supresora del sistema inmune, incluyendo corticoides en dosis altas. NO está contraindicada cuando hay uso de corticoides tópicos o a bajas dosis.
- En deficiencia inmunológica como resultado de una enfermedad, ejemplo (VIH-SIDA).
- En tuberculosis activa no tratada.

La introducción de la vacuna contra la Varicela en el esquema se hará a partir del **1 de julio de 2015 para la cohorte de** niños y niñas nacidos a partir del 1 de julio de 2014. La vacuna a utilizar es la vacuna registrada como VARIVAX® de laboratorio Merck Sharp & Dohme-MSK, adquirida a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud-OPS, la cual cumple con la precalificación de calidad de la Organización Mundial de la Salud-OMS.

# Esquema niños

EDAD	meses							años
	0	2	4	6	7	12	18	5
VACUNAS	BCG	Rotavirus		Influenza estacional	Triple viral		Fiebre Amarilla	Triple Viral
		Neumococo			Varicela		DPT	
		Pentavalente			Neumococo			
	Hepatitis B	Polio Inactivada			Hepatitis A		Polio Oral	
					Influenza estacional			

# VACUNA FIEBRE AMARILLA

## Lineamiento de jornada nov. 2014

**1. Vacuna contra la fiebre amarilla:** teniendo en cuenta que esta vacuna se aplica una sola vez en la vida, se debe:

- Asegurar que todo niño menor de 6 años reciba o tenga en su esquema de vacunación, una dosis de vacuna de fiebre amarilla, **NO DEBE REVACUNARSE**, solo se vacuna la población que aún es susceptible.
- Todo viajero nacional que requiera movilizarse a municipios de alto riesgo para fiebre amarilla en el territorio colombiano, debe tener una dosis de vacuna en cualquier etapa de su vida. **NO SE REVACUNA.**
- Todo viajero internacional que requiera la vacuna de fiebre amarilla, puede solicitarla en la IPS autorizada para esta aplicación, la vacuna a nivel internacional tiene solo validez de diez años, hasta que el Reglamento Sanitario Internacional, no sea modificado.
- A todo mayor de 18 años que se deba vacunar, se le debe realizar obligatoriamente la encuesta previa a la vacunación contra la fiebre amarilla Anexo 4. Encuesta previa a la vacunación contra la fiebre amarilla, (enviada previamente)





MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

CIRCULAR EXTERNA No. 0045 DE 2013

19 NOV. 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos sobre vacunación segura.

**7. Vacunación contra la fiebre amarilla:** Una dosis es suficiente para toda la vida, en el nivel nacional. Para viajeros, por Reglamento Sanitario Internacional (2005), continúa teniendo una validez de 10 años.

# VACUNA FIEBRE AMARILLA

Está elaborada con virus vivos atenuados de fiebre amarilla cepa 17 D obtenida por inoculación en embriones de pollo.

La vacuna tiene una eficacia cercana al 99% con una sola dosis. Después de siete a diez días de su aplicación aparecen anticuerpos protectores que perduran hasta por 30 años.

Los mayores de 60 años y hasta los 65 años de edad, así como los niños entre 6 y 11 meses de edad, podrán vacunarse teniendo en cuenta el riesgo de adquirir la enfermedad, previa valoración médica.

En situaciones epidemiológicas especiales se puede emplear desde los 6 meses de edad, pero nunca antes de ésta edad, por el riesgo elevado de desarrollar encefalitis.

**con el cambio de la vacuna contra la fiebre amarilla, que a partir de hoy (1 JULIO 2015) pasa a ser aplicada a los 18 meses de edad, conjuntamente con los refuerzos que se aplican a estas edades.**

**Presentación:** Frasco de liofilizado por 5, 10, 20 ó 50 dosis para reconstituir

**Dosis:** 0.5 ml.

**Numero de dosis:** 1 para toda la vida

**Edad de aplicación :** Se aplica a niños desde los 18 meses

**Refuerzo:** no se requiere

**Calibre de la aguja:** 25G X 5/8

**Vía:** Subcutánea

**Sitio de aplicación:** Región deltoidea

## VACUNA FIEBRE AMARILLA

### PRECAUCIONES

- No administrar en inmunosuprimidos
- No aplicar en menores de 6 meses de edad
- No aplicar en timectomizados
- No aplicar en mayores de 59 años 11 meses y 29 días.
- No aplicar en hipersensibilidad conocida a sus componentes (alérgicos a huevo de gallina y derivados, antibióticos)
- No aplicar en caso de enfermedad febril aguda
- No aplicar durante el embarazo (riesgo-beneficio)

## Adultos

Mujeres en edad fértil (MEF)		zonas endémicas	60 y más años
10 a 49 años	Gestantes		Fiebre Amarilla
	A partir de la semana		
	14	26	
Td	Influenza estacional	TdaP	Influenza estacional
BCG	Contactos de lepra		

# VACUNA TOXOIDE TETANICO DIFTERICO (Td)

## Presentación:

- Líquida frasco por 10 dosis

**Dosis:** 0,5 ml

**Numero de dosis:** según antecedente con DPT

**Edad de aplicación:** a partir de los 7 años de edad

**Refuerzos:** uno cada 10 años, después de la quinta dosis.

**Calibre de la aguja:** 23 Gx1

**Vía:** Intramuscular

**Sitio de aplicación** En niños caminadores en zona deltoidea y en no caminadores en tercio medio cara anterolateral del muslo.



# Esquema de Td según antecedente de DPT

Antecedentes de número de dosis de DPT	Dosis de Td a aplicar	Dosis de esquema a aplicar
0	5	1,2,3,4 y 5
1	4	2,3,4,y 5
2	3	3,4 y 5
3	2	4 y 5
4	1	5
5	0	0

Antecedente de No. de dosis de DPT	No. de dosis de esquema con Td, a aplicar	Refuerzos
5	0	Un refuerzo cada 10 años, después de la quinta dosis
4	<b>Aplicar 1 dosis: fecha elegida</b> (corresponde a la quinta dosis)	Un refuerzo cada 10 años, después de la quinta dosis
3	<b>Aplicar 2 dosis: fecha elegida</b> (Corresponde a la cuarta dosis), y un año después, la quinta dosis	Un refuerzo cada 10 años, después de la quinta dosis
2	<b>Aplicar 3 dosis:</b> fecha elegida (corresponde a la tercera dosis); un año después, la cuarta dosis; y un año después; la quinta dosis	Un refuerzo cada 10 años, después de la quinta dosis
1	<b>Aplicar 4 dosis:</b> fecha elegida, (corresponde a la segunda dosis); seis meses después de la segunda, la tercera dosis; un año después de la tercera, la cuarta dosis; y un año después de la cuarta; la quinta dosis.	Un refuerzo cada 10 años, después de la quinta dosis



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

CIRCULAR EXTERNA N° 0045 DE 2013

19 NOV. 2013

**PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD- IPS, PÚBLICAS Y PRIVADAS.

**DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**ASUNTO:** Aspectos técnicos sobre vacunación segura.

- 6. Vacunación con Td, sin antecedente vacunal con DPT:** Se administran cinco (5) dosis, con los siguientes intervalos de tiempo: Td1, día cero; Td2, al mes de Td1; Td3, a los seis meses de Td2; Td4, al año de Td3; y Td5, al año de Td4. Luego de la quinta dosis, se aplica un refuerzo cada 10 años. Estos intervalos de tiempo se usan también para continuar y terminar los esquemas en quienes cuentan con algún antecedente vacunal.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

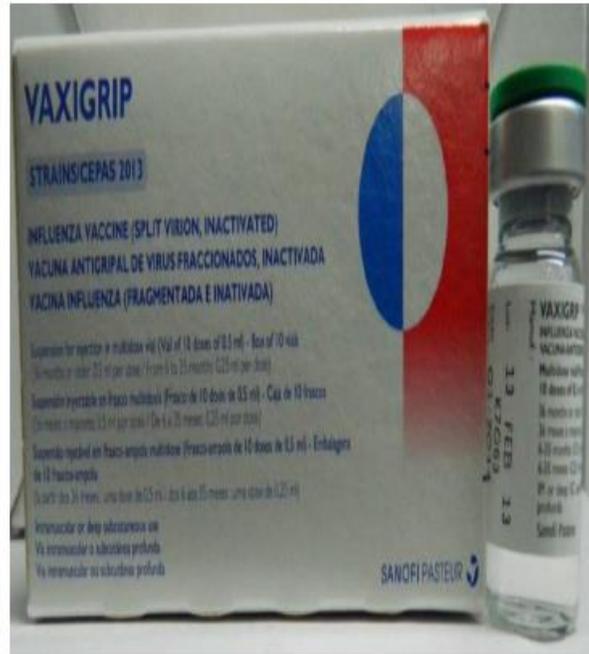
# Influenza estacional adultos

Población objeto: Adultos de 60 y mas años

Dosis anual

Gripa producida por influenza estacional, tres tipos

Intramuscular en el músculo deltoides



Mayores de 9 años,  
una dosis de 0,5 ml.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social

# Influenza estacional Gestantes

A partir de la semana 14 de gestación.

Dosis anual

Gripa producida por influenza estacional, tres tipos

Intramuscular en el músculo deltoides



Dosis: 0,5 ml.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Promoción Social

# VACUNA CONTRA EL **VPH**

## Presentación:

- Líquida frasco por 1 dosis

**Dosis:** 0,5 ml

**Numero de dosis:** DOS

**Edad de aplicación:** 9 a 17 años

**Esquema:** 0 – 6 Meses

**Primera dosis:** Fecha elegida

**Segunda dosis:** 6 meses después de la primera dosis

**Calibre de la aguja:** 23 Gx1

**Via:** Intramuscular

**Sitio de aplicación:** Zona deltoidea del brazo.



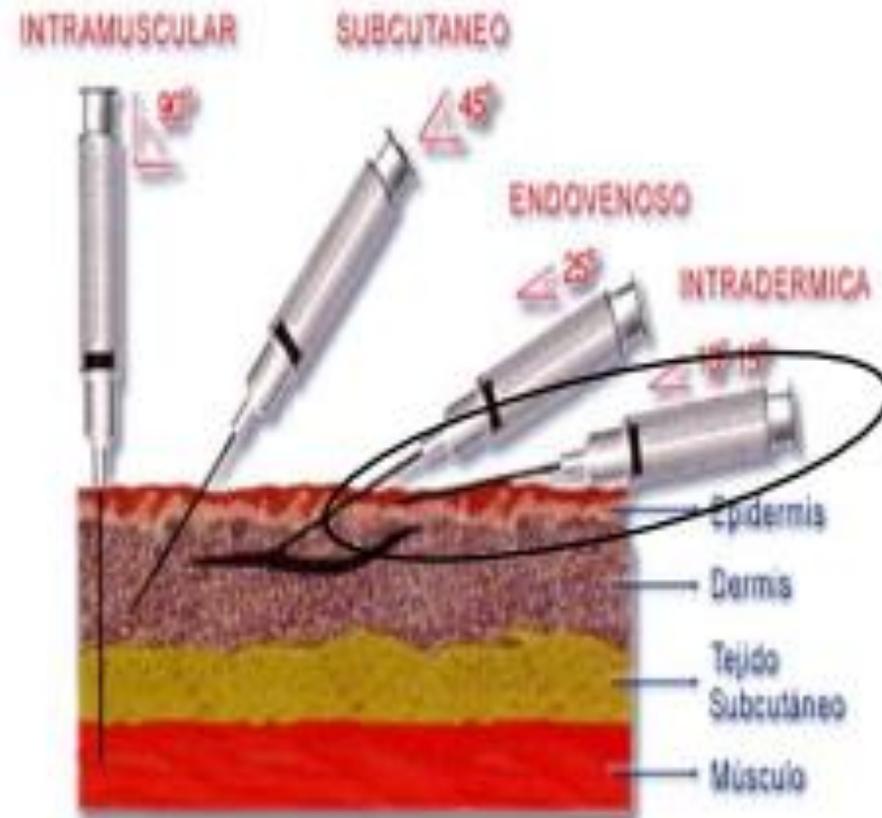
Contiene 4 serotipos de VPH  
(6,11,16 y 18)  
16 y 18:70% ca cervix  
6 y 11: 90% verrugas genitales

# Vacunas intradérmicas

**BCG**

**Angulo de aplicación:**  
15°

**Numero de aguja: 26G ó**  
27G



# Vacunas subcutáneas

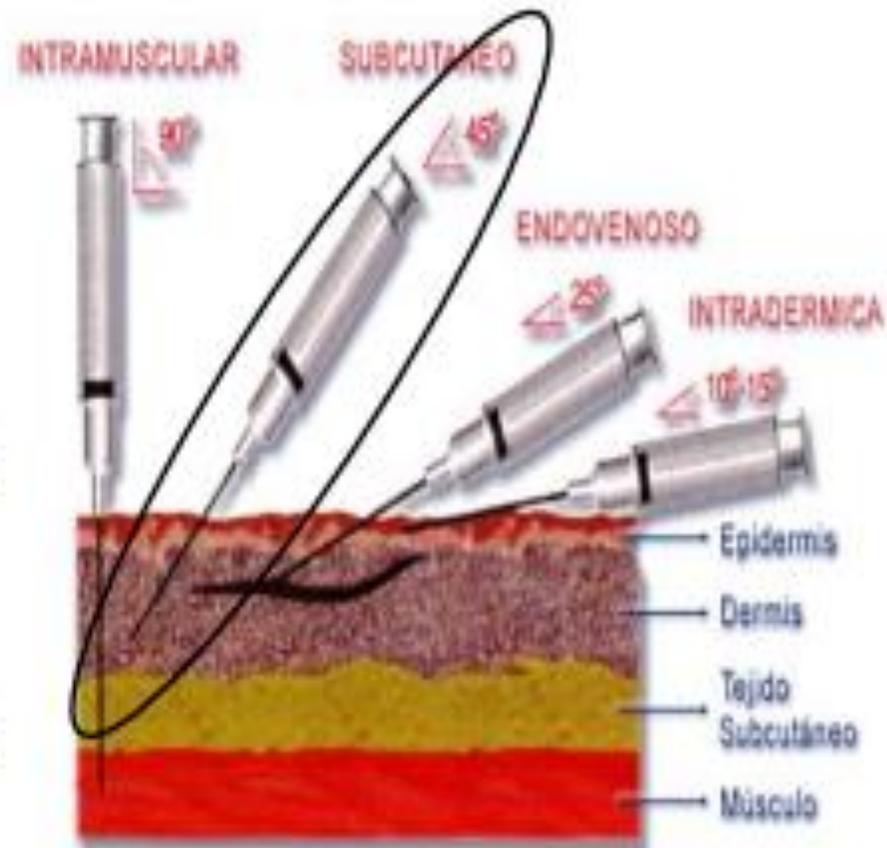
**Varicela**

**Triple viral**

**Fiebre Amarilla**

**Angulo de aplicación:  
45°**

**Número de aguja:  
25G X 5/8**



# Vacunas intramusculares

**VIP**

**Pentavalente**

**Neumococo**

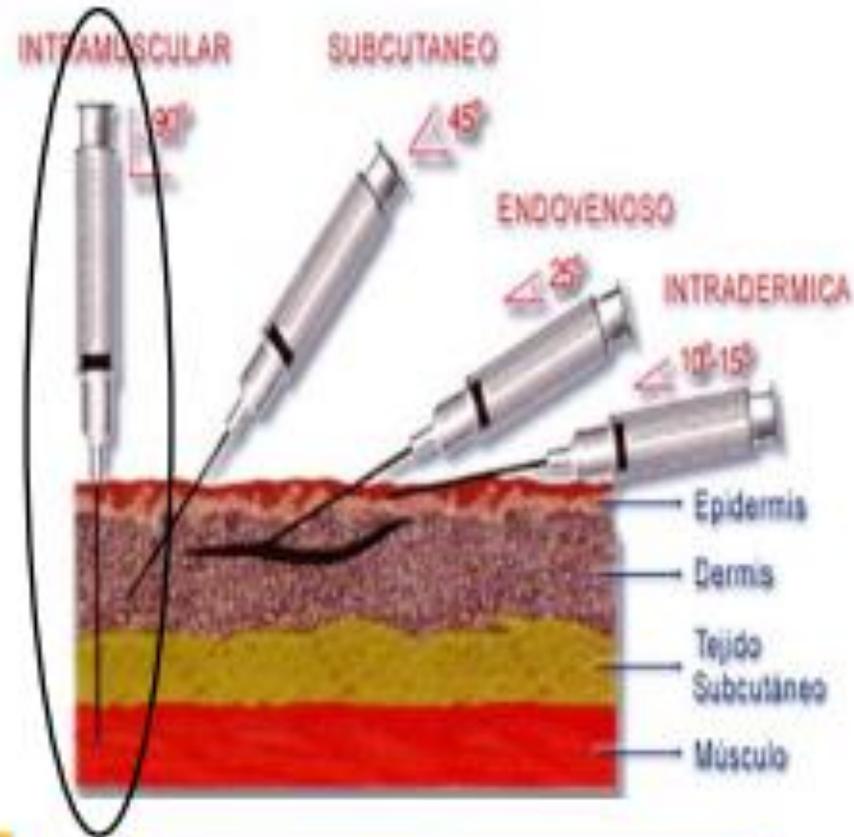
**Influenza**

**DPT**

**Td – TD - TDaP**

**VPH**

**Ángulo de aplicación: 90°**



**NO CAMINADORES:**

Cara anterolateral – tercio medio del muslo

**CAMINADORES**

Región deltoidea

## Reglas generales para administración de vacunas

- La administración simultánea de vacunas aumenta las probabilidades de un niño de estar inmunizado de forma completa a una edad apropiada.
- La administración simultánea de vacunas vivas e inactivadas han mostrado tasas de seroconversión y de efectos adversos similares a los de estas vacunas administradas de forma individual, por lo que la aplicación conjunta de ambas vacunas no se encuentra contraindicada.
- La administración de vacunas combinadas (p. ej. Pentavalente- DPT, HB y Hib), deberán preferirse a la aplicación en inyecciones separadas de las vacunas equivalentes.
- En el caso de las vacunas inactivadas al no ser afectadas por los anticuerpos circulantes, pueden ser administradas antes, después, o al mismo tiempo que otra vacuna de cualquier tipo.
- No existen intervalos mínimos recomendados para la aplicación de vacunas inactivadas y anticuerpos de cualquier clase, ya que la aplicación de éstos no interfieren con la respuesta inmunológica de las vacunas.
- Administrar una dosis hasta 4 días antes del intervalo mínimo recomendado probablemente no acarreará un efecto negativo en la respuesta inmunológica para la vacuna en particular y por lo tanto su aplicación deberá ser considerada como válida.

## Reglas generales para administración de vacunas

- Las vacunas virales vivas atenuadas deben aplicarse simultáneamente (el mismo día) o esperar treinta días entre ellas para no interferir con la respuesta o replicación viral. Esta regla no aplica para las Vacunas VOP y Rotavirus.
- Las vacunas virales vivas atenuadas tampoco deben aplicarse simultáneamente con anticuerpos que se encuentran en inmunoglobulinas o en productos de sangre a excepción de las vacunas VOP y Anti - Amarílica.
- No existe contraindicación para la administración simultánea de dos o más vacunas vivas, excepto para las vacunas contra cólera y fiebre amarilla porque se ha observado una disminución en la inmuno respuesta para ambas vacunas.
- Las vacunas Triple Viral y fiebre amarilla pueden administrarse simultáneamente o aplicarse con 4 semanas de separación.
- Nunca deben mezclarse dos vacunas en la misma jeringa a menos que el laboratorio productor así lo indique.
- Por regla general, el aumento del intervalo entre dosis de una vacuna seriada (multi - dosis), no disminuye la eficacia de la vacuna, pero el disminuirlo interfiere con la respuesta inmunológica y la protección que brinda la vacuna; por lo tanto, en caso de interrupción del esquema de vacunación, no se requiere reiniciar nuevamente toda la serie y no se requieren dosis extras.

# ESQUEMA DEL RECIÉN NACIDO

VACUNA	DOSIS	Enfermedad prevenible	Aplicación
Antituberculosa - BCG	Única	Meningitis Tuberculosa	Intradérmica región supraescapular izquierda
Hepatitis B	Obligatoria	Hepatitis B	Intramuscular tercio medio, región anterolateral del muslo

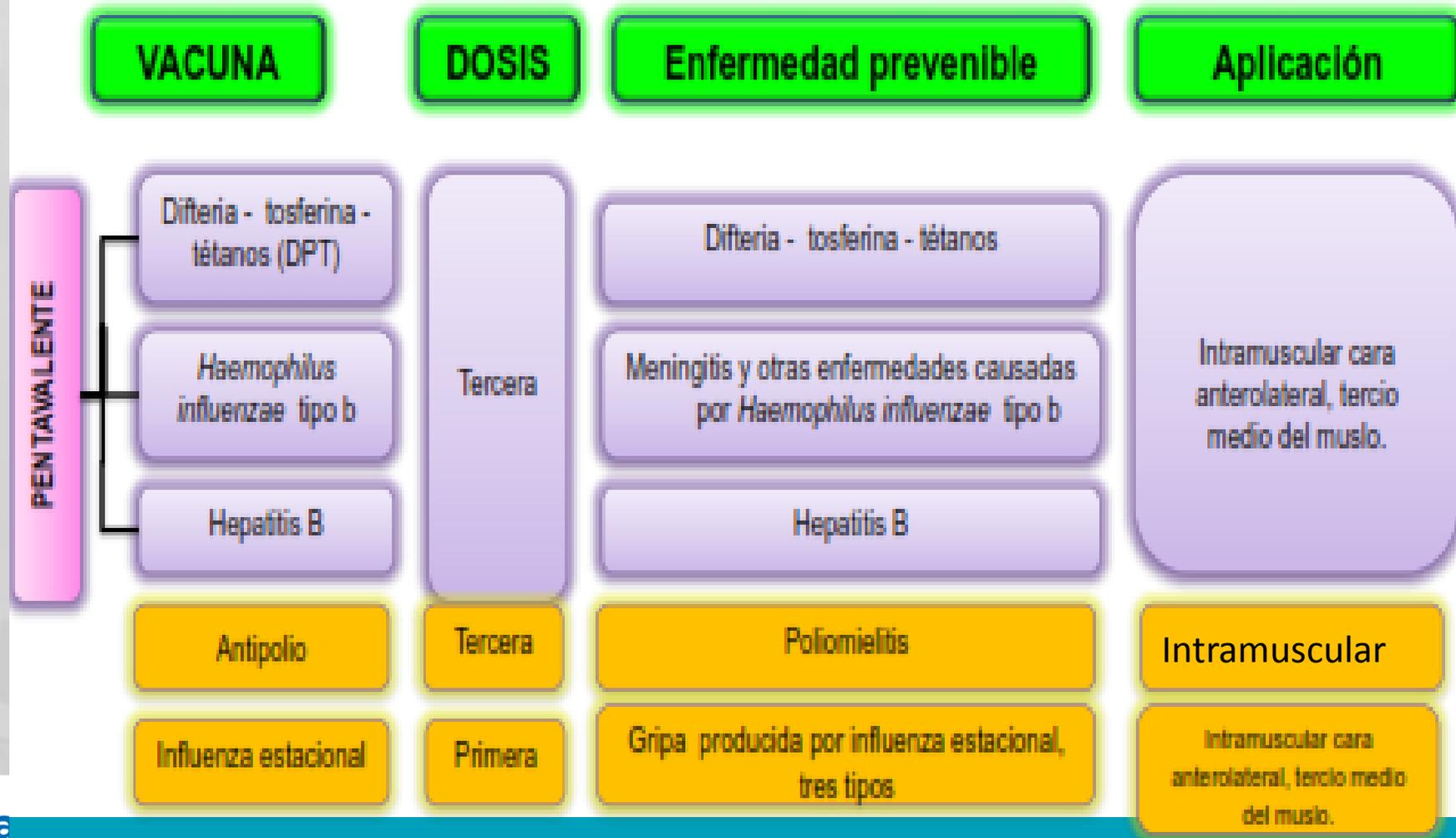
# ESQUEMA A PARTIR DE LOS DOS MESES

	VACUNA	DOSIS	Enfermedad prevenible	Aplicación
PENTAVALENTE	Difteria - tosferina - tétanos (DPT)	Primera	Difteria - tosferina - tétanos	Intramuscular cara anterolateral, tercio medio del muslo.
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	
	Hepatitis B		Hepatitis B	
	Rotavirus	Primera	Diarrea por Rotavirus	Oral
	Antipolio	Primera	Poliomielitis	Intramuscular
	Neumococo	Primera	Meningitis y neumonía	Intramuscular cara anterolateral, tercio medio del muslo

# ESQUEMA A PARTIR DE LOS CUATRO MESES

	VACUNA	DOSIS	Enfermedad prevenible	Aplicación
PENTAVALENTE	Difteria - tosferina - tétanos (DPT)	Segunda	Difteria - tosferina - tétanos	Intramuscular cara anterolateral, tercio medio del muslo.
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	
	Hepatitis B		Hepatitis B	
	Rotavirus	Segunda	Diarrea por Rotavirus	Oral
	Antipolio	Segunda	Poliomielitis	Intramuscular
	Neumococo	Segunda	Meningitis y neumonía	Intramuscular cara anterolateral, tercio medio del muslo

# ESQUEMA A PARTIR DE LOS SEIS MESES



# ESQUEMA A LOS SIETE MESES

Influenza estacional

Segunda

Gripa producida por influenza estacional, tres tipos

Intramuscular cara anterolateral, tercio medio del muslo.

# ESQUEMA A PARTIR DE LOS DOCE MESES

VACUNA	DOSIS	Enfermedad prevenible	Aplicación
Triple viral	Única	Sarampión, Rubéola y Paperas	Subcutánea - brazo
Varicela	Única	Varicela	Subcutanea-brazo
Neumococo	Refuerzo	Meningitis y Neumonías	Intramuscular - brazo
HEPATITIS A	Única	Hepatitis A	Intramuscular - brazo

# ESQUEMA A PARTIR DE LOS 18 MESES

VACUNA

DOSIS

Enfermedad prevenible

Aplicación

Polio

1er  
refuerzo

Poliomielitis

Oral

DPT

1er  
refuerzo

Difteria, tosferina y tétanos

Intramuscular-brazo

Fiebre  
amarilla

Unica

Fiebre amarilla

Subcutanea-brazo

# ESQUEMA A PARTIR DE LOS 5 AÑOS

VACUNA	DOSIS	Enfermedad prevenible	Aplicación
Polio	2do refuerzo	Poliomielitis	Oral
DPT	2do refuerzo	Difteria, tosferina y tétanos	Intramuscular-brazo
Triple viral	1er refuerzo	Sarampión, Rubéola y Paperas	Subcutánea - brazo
Varicela	Única	Varicela	Subcutánea-brazo

# Esquemas tardíos de vacunación

A la Población infantil menor de 12 meses que se encuentre con esquema incompleto o tardío, se le debe iniciar o continuar el esquema, conservando el intervalo de 8 semanas según su antecedente vacunal.

# Esquema de vacunación para niños entre 12 y 23 meses sin antecedente vacunal

**Si tiene antecedente vacunal: se le debe completar el esquema.**

**Sin antecedente de vacunación:**

1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa

1 dosis de VIP y las dosis subsecuentes con VOP con intervalo de 4 semanas citar al año de la tercera dosis para refuerzo

Una dosis de pentavalente (DPT-1, HB-1, Hib-1)

Se completa con

Dos dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial, citar al año de las terceras dosis para el refuerzo de DPT y polio.

Dos dosis contra la influenza con un mes de intervalo

Dos dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas después de la pentavalente inicial

Una dosis de triple viral (Recordar que debe recibir la segunda dosis a los 5 años)

Una dosis de varicela (cohorte de niños y niñas nacidos a partir del 1 de julio de 2014)

Dos dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses

Una dosis de fiebre amarilla

Una dosis de hepatitis A (Cohorte de niños nacidos a partir del 1 de enero del 2010)

# Esquema de vacunación para niños entre 2 y 5 años con antecedente vacunal o esquema incompleto

## Sin antecedente de vacunación:

- 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa
- Una dosis de VIP y dosis subsecuentes con VOP con intervalo de 4 semanas
- Tres dosis de DPT monovalente con intervalo de 4 semanas, luego los dos refuerzos.
- Tres dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de 4 semanas
- Una dosis de SRP (Sarampión, rubéola y paperas) y el refuerzo a los 5 años de edad, mínimo un año entre ellas (dosis única y refuerzo).
- Una dosis de fiebre amarilla
- Una dosis de neumococo
- Una dosis de hepatitis A (Cohorte de niños nacidos a partir de 1 de enero del 2012)

## OTRA POBLACION AUTORIZADA PARA VACUNAR

VACUNA	POBLACION OBJETO	ESQUEMA AUTORIZADO	OBJETIVO
BCG	Contactos de usuarios con HANSEN, excepto gestantes	Con cicatriz :1 dosis Sin cicatriz: dos dosis (0, 6 meses)	Garantizar la protección cruzada contra la lepra
Hepatitis B	<b>Violencia sexual,</b> (Resolución 0459/2012 y Circular 031/14)	De acuerdo al antecedente vacunal	Como medida profiláctica para evitar la infección
	<b>Población clave</b> (Lineamientos 15 feb 2017 Mujeres transgénero, Trabajadores sexuales y Personas que se inyectan drogas a partir de los 18 años de edad y hasta los 59 años que no hayan sido vacunadas previamente)	Tres dosis Esquema: 0, 1, 2 meses	Control y prevención de la transmisión
TDaP acelular pediátrica	Población infantil de 0 a 6 años (Circular 023/13)	3 dosis de acuerdo al antecedente vacunal incluye refuerzos	Quienes hayan presentado reacción adversa grave a la aplicación de DPT o pentavalente de células enteras, incluye hipersensibilidad a componentes de la DPT de células enteras.
TD	Población infantil de 6 años únicamente. (Circular 023/13)	De acuerdo al antecedente vacunal, incluye refuerzos	Completar esquema

## ALTO BONITO COHORTE DE VACUNACION POR CENTRO DE SALUD

**De:** Jennifer Bonilla Rojas <jennifer.bonilla@assbasalud.gov.co> lun, 24 de abr de 2017 15:29

**Asunto:** ALTO BONITO COHORTE DE VACUNACION POR CENTRO DE SALUD  1 ficheros adjuntos

**Para:** Erika V. Gonzalez Echeverry  
<erika.gonzalez@assbasalud.gov.co>

Buenas tardes

Teniendo en cuenta que la SSM está solicitando cohorte de vacunación en cada centro de salud, se realizó desde el área de sistemas una búsqueda de los niños atendidos en cada centro de salud y activos al día de hoy que sean objeto del programa de vacunación, con el fin de iniciar en cada centro la cohorte y tener a los niños ubicados y con seguimiento oportuno.

Adjunto se envía la base o cohorte de cada centro de salud con los biológicos aplicados encontrados en nuestro sistema, se debe iniciar el seguimiento y verificación de esquemas según la edad de esos menores, tener en cuenta la fecha de nacimiento; teniendo en cuenta lo siguiente:

- Se deben empezar a agendar los menores según próximos biológicos en el sicosi.
- Si al vacunar un menor no se encuentra en esta base de datos se debe inscribir y continuar el seguimiento.
- Ningún niño debe ser borrador de la cohorte, en caso de que el menor cambie de centro de salud o de EPS se debe hacer el registro en observaciones y resaltarlo de color azul claro para no continuar el seguimiento pero no se debe borrar o eliminar.
- En caso de que el niño cambie de centro de salud debe ser reportado a la auxiliar encargada del programa del centro de salud en el cual va a continuar (es debe manejar una muy buena comunicación para evitar que el niño quede por fuera de la cohorte sin seguimiento).
- A medida que lleguen niños nuevos al centro de salud y los niños que nacen cada mes, deben ir siendo incluidos en la cohorte.
- La enfermera del centro de salud debe hacer verificación al cumplimiento del seguimiento y de alimentar la cohorte.
- La cohorte de vacunación solo se diligencia con los menores que son de nosotros (asmetsalud régimen subsidiado, salud vida régimen subsidiado y vinculados)

--

JENNIFER P. BONILLA  
ENFERMERA MG

 alto bonito.xlsx  
59 MB

# COHORTE DE VACUNACION



# PEDIDO DE VACUNACION

CADA CENTRO DE SALUD DEBE GARANTIZAR LA EXISTENCIA DE TODOS LOS BIOLÓGICO DE FORMA PERMANENTE, PARA ESTO SE DEBE TENER EN CUENTA:

- Fecha de entrega de biológicos por parte de la SSPM
- Cohorte de vacunación actualizada en cada centro de salud.
- Información histórica de lo vacunado cada mes.
- Hacer la solicitud del biológico necesario según los parámetros anteriores.

En caso de que se termine algún biológico se debe informar de inmediato al jefe inmediato para realizar el traslado entre los centros de salud, de no tener disponibilidad en los demás centros de salud para hacer traslados debe informar a la persona responsable del programa PAI para solicitud a la secretaria de salud.

Tener en cuenta que por parte de la SSPM todos los lunes en la tarde esta la persona responsable de la red de frio en el cuarto frio (SES HC) para hacer entrega de biológicos, por lo tanto desde cada centro de salud también se puede hacer la gestión directamente.

# PEDIDO DE VACUNACION

**NO HAY NINGUN MOTIVO PARA QUE UN CENTRO DE SALUD SE QUEDE SIN ALGUN BIOLÓGICO, A NO SER QUE LA SSPM ENVÍE COMUNICADO DE ESCASES DE ALGUN BIOLÓGICO.**



SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
PROGRAMA AMPLIADO DE  
INMUNIZACIONES  
CRONOGRAMA ENTREGA DE  
BIOLOGICOS E INSUMOS  
MANIZALES 2018

<i>ENTIDAD</i>	<i>FEB</i>	<i>MAR</i>	<i>ABR</i>	<i>MAY</i>	<i>JUN</i>	<i>JUL</i>	<i>AGO</i>	<i>SEP</i>	<i>OCT</i>	<i>NOV</i>	<i>DIC</i>
ASSBASALUD E.S.E	22	22	26	24	21	26	23	20	25	22	20

## LIMPIEZA DE LAS NEVERAS DE VACUNACION

1. Elija una fecha mensual para el lavado de la nevera preferiblemente en la que tenga pocas vacunas allí almacenadas.
2. A las 7:00 a.m retire los biológicos que hay en el refrigerador y páselos a termos o cajas térmicas con las correspondientes pilas.
3. Desconecte la alimentación eléctrica antes de proceder a limpiar. Una vez desocupada dejar descongelar, se deja el refrigerador apagado con la puerta abierta, se retira el tapón de la parte inferior para permitir que escurra el agua que se pudiera haber mantenido en las superficies ocultas del equipo y se retiran las parrillas;
4. Se emplea un paño absorbente para secar toda la superficie interna, se aplica un poco de jabón que se emplea para el lavado de manos del consultorio y se pasa sobre todas las superficies de manera uniforme con especial cuidado en las esquinas y rincones donde se pudiera generar caldos de cultivo para microorganismos.

5. Se retira este jabón con un paño húmedo, se seca muy bien, se limpian las parrillas, se ubican en su lugar las parrillas y el sensor del termómetro, se cierra la puerta y se reubica el sensor del termómetro.
6. Una alternativa en lugar de jabón es aplicar un sobre de bicarbonato de sodio disuelto en un litro de agua tibia y se aplica con un paño.
7. En la parte exterior de la nevera se limpia la rejilla del lado derecho.
8. Es importante evitar que el agua penetre en el panel de mandos.
9. Es necesario limpiar regularmente el caucho alrededor de la tapa para prevenir la decoloración, y para prolongar la vida útil de servicio.
10. Después de limpiar el caucho, verifique que éste continúe proporcionando un sello hermético.
11. Se ubica el termómetro y se conecta el equipo a la fuente de energía apropiada. Sólo cuando el refrigerador haya alcanzado una temperatura estable adecuada (+2 °C a +8 °C), se introducen nuevamente las vacunas.
12. Todas las actividades de limpieza se deben registrar en un formato de tal manera que, se lleve un control de la fecha exacta que se realizó.

## LIMPIEZA DE LOS TERMOS DE VACUNACION

Al finalizar la jornada diariamente, saque las vacunas y guárdelas en la nevera, limpie las pilas y póngalas a congelar en la nevera vertical.

Lave el termo en su parte interna y externa con jabón suave (jabón que se emplea para el lavado de manos del consultorio), juaguelo bien con agua, déjelo escurrir hasta el día siguiente. Antes de volver a usarlo verifique que este seco.

Todas las actividades de limpieza se deben registrar en un formato de tal manera que, se lleve un control de la fecha exacta que se realizó.

# LIMPIEZA DE LAS PILAS O PAQUETES FRÍOS

- Los termos, las cajas térmicas y los paquetes fríos deben lavarse después de cada jornada, deben secarse a la sombra, no deben taparse húmedos, ni dejarlos sobre el piso (coloque sobre estantería plástica).
- Mensualmente cambiar el agua de los paquetes fríos, que se han utilizado en los termos o cajas frías de uso extramural e intramural y colocarlos nuevamente en el congelador, para poder disponer de ellos en el momento que se necesiten.
- Cuando se cambie el agua de los paquetes fríos agregue cinco gotas de hipoclorito de sodio comercial por cada litro de agua para evitar crecimiento biológico que cambia el color de la misma y del recipiente plástico con el consecuente deterioro.



**1. RETIRE LOS PAQUETES FRÍOS DEL CONGELADOR**  
Cuando se retira el paquete del congelador, este puede estar entre -5 °C y -20 °C.



**5. ORGANICE EL TERMO SEGÚN SU CAPACIDAD Y NECESIDAD**  
Ubique la vacuna en una canastilla plástica para evitar su contacto directo con el paquete frío.



**4. COLOQUE LOS PAQUETES FRÍOS EN EL TERMO O CAJA TÉRMICA**  
Siga las indicaciones del fabricante en cuanto a cantidad y ubicación.



**3. SEQUE LA HUMEDAD EXTERNA**

## DATOS TÉCNICOS TERMO AOV. MOD. AVC-44



PAIS DE FABRICACIÓN:	<b>INDIA</b>
MARCA:	<b>AOV INTERNATIONAL.</b>
MODELO:	<b>AVC-44</b>
CAP. ALMACENAMIENTO VACUNAS:	<b>1.6 litros</b>
PESO CON CARGA TOTAL APROX:	<b>4.2 Kgs</b>
PESO VACIO APROX.:	<b>2.2Kgs.</b>
MATERIAL SUP. EXTERNA:	<b>HDPE</b>
MATERIAL REVESTIMIENTO INT.:	<b>HIPS</b>
MATERIAL DE AISLAMIENTO:	<b>POLIURETANO</b>
GROSOR DE AISLAMIENTO:	<b>40 mm.</b>
DIMENSIONES EXTERNAS:	<b>25x25x29 cms.</b>
DIMENSIONES INTERNAS:	<b>16x16x19 cms.</b>
DIMENSIONES ALMACENAMIENTO VACUNAS:	<b>10x10x16 cms.</b>
CLASE DE TAPA Y FIJACIONES:	<b>Removibles</b>
CAPACIDAD DE REFRIGERACIÓN SIN APERTURAS:	<b>36 Horas a +43° Centígrados</b>
SISTEMA MANOS LIBRES	<b>Reata Ajustable con sistema velcro</b>
BOTELLAS REFRIG. REQUERIDAS:	<b>4</b>
BOTELLAS REFRIG. SUMINISTRADAS	<b>4</b>
CLASE DE BOTELLAS:	<b>E5/25</b>
PESO VACÍO:	<b>76 gramos</b>
PESO LLENO:	<b>430 gramos</b>
COLOR:	<b>Blanco Translúcido</b>
CAPACIDAD:	<b>0.4 Litros</b>
DIMENSIONES:	<b>165 x 96 x 33 mm</b>

## DATOS TECNICOS TERMOS GIO STYLE



PAIS DE FABRICACION:	<b>Italia</b>
MARCA:	<b>Gio Style</b>
CAP. ALMACENAMIENTO VACUNAS:	<b>2.6 litros</b>
PESO CON CARGA TOTAL APROX.:	<b>6.5 Kgs</b>
PESO VACIO APROX.:	<b>1.8 Kgs.</b>
MATERIAL REVESTIMIENTO EXT:	<b>Polipropileno</b>
MATERIAL REVESTIMIENTO INT.:	<b>Polipropileno</b>
MATERIAL DE AISLAMIENTO:	<b>Poliuretano</b>
GROSOR DE AISLAMIENTO:	<b>25-35 mm.</b>
DIMENSIONES EXTERNAS:	<b>32x27x25 cms.</b>
DIMENSIONES INTERNAS:	<b>24x18x22 cms.</b>
DIMENSIONES ALMACENAMIENTO VACUNAS:	<b>15x15x12 cms.</b>
CLASE DE TAPA Y FIJACIONES:	<b>Removibles</b>
CAPACIDAD DE REFRIGERACION SIN APERTURAS:	<b>32 Horas a +43° Centígrados</b>
BOTELLAS REFRIG. REQUERIDAS:	<b>8</b>
BOTELLAS REFRIG. SUMINISTRADAS:	<b>8</b>
CLASE DE BOTELLAS:	<b>E5/10</b>
COLOR BOTELLAS:	<b>Blanco Translucido</b>
CAPACIDAD:	<b>400 cc</b>

## DATOS TECNICOS CAJAS FRIAS CIP LSR 50



PAIS DE FABRICACION:	Sur Africa
MARCA:	CIP Industries
MODELO:	LSR-50
CAP. ALMACENAMIENTO VACUNAS:	21.6 Litros
PESO CON CARGA TOTAL:	37.3 Kgs
PESO VACIO:	10.3 Kgs.
MATERIAL SUP. EXTERNA:	HDPE
MATERIAL REVESTIMIENTO INT:	Plástico ABS
MATERIAL DE AISLAMIENTO:	Poliuretano
GROSOR DE AISLAMIENTO:	50 mm.
DIMENSIONES EXTERNAS:	52X64X39 cms.
DIMENSIONES INTERNAS:	39X52X24 cms
DIMESIONES ALMACENAMIENTO VACUNAS:	30X40X18 cms
CLASE DE TAPA Y FIJACIONES:	Fijas móviles
BOTELLAS REFRIGERANTES REQUERIDAS:	43
BOTELLAS REFRIGERANTES SUMINISTRADAS:	43
CLASE DE BOTELLAS:	E5/IP2
CAPACIDAD DE REFRIGERACION SIN APERTURAS:	100Horas a +43 Grados Cent.

Según manual PAI  
90 horas

# MK 304 MULTIZONE

## ICELINED REFRIGERATOR

W.H.O. APPROVED PQS CODE E003/007

Electronic thermostat, airflow system and the specially designed icelining ensure stable temperature control in range from +2°C to +8°C. The actual temperature is readily checked on the external digital thermometer. Effective insulation and the icelining ensure long hold-over time in case of power cut. The galvanised steel cabinet protects against corrosion. Baskets included for organized storage.



### SPECIFICATIONS

ISO 9001, 14001 & OHSAS 18001 CERTIFIED

Gross volume, litres (cu. ft.)	218 (7.7)
Vaccine storage capacity, litres / cu. ft.	105 (3.7)
Temperature range at 5°C to 43°C AMB	+2°C to +8°C
Power consumption (stable running) at 43°C AMB per 24h, kWh	3.20
Refrigerant	R134a
Hold-over time during power cut at 43°C AMB, hrs.	25,66
Baskets, no.	7

### DIMENSIONS

Height, mm (inches)	840 (33.1)
Width, mm (inches)	1260 (49.6)
Depth, mm (inches)	700 (27.6)
Gross weight, kg (lbs)	126 (278)
Net weight, kg (lbs)	97 (214)

### LOADING QUANTITIES

Qty. per 20' / 40' container	24 / 50
------------------------------	---------

**Tiempo de espera durante el corte de potencia a 43 ° sin apertura 25 horas**

**CERTIFICACION  
COMPETENCIA  
LABORAL EN  
VACUNACION  
SENA**

No	NOMBRE	DOCUMENTO	CENTRO DE SALUD	Hasta la fecha cumple con certificacion
1	LUZ AMPARO CARDONA ROJAS	25220832	alto bonito	si
2	JULIANA ANDREA ESCOBAR	1053786896	aps	si
3	GLORIA PATRICIA BUITRAGO RAMÍREZ	30310271	asuncion	si
4	PATRICIA GIRALDO GÓMEZ	24434579	bosque	si
5	MARIA YANETH RIASCOS ROA	30282529	bosque	si
6	LUZ ENID PATIÑO SÁNCHEZ	25234805	cisco	si
7	MARÍA LIGIA GONZALEZ PARRA	28765191	asuncion	si
8	NORLEIBA ORREGO VELASQUEZ	30336219	cisco	si
9	CARMENCITA GAVIRIA LÓPEZ	30320792	enea urg	si
10	MARIA CONSUELO ARCILA GUTIÉRREZ	24340384	fatima	si
11	GENOVEVA MENESES ORTIZ	30284200	fatima	no presento proceso
12	MARIA EUGENIA GIRALDO CORREA	30289353	fatima	si
13	MARIBEL BOTERO SÁNCHEZ	30273120	garrucha	si
14	ALBA ROCIO GONZALEZ MORA	30301382	km 41	si
15	SANDRA MILENA GARCÍA PÉREZ	30389638	la cabaña	si
16	GLORIA INES TEJADA GIRALDO	30271037	la linda	no presento proceso
17	PIEDAD DEL SOCORRO LÓPEZ	30303924	prado	si
18	ALEXANDRA ARDILA MEJÍA	24742369	san cayetano	si
19	MARÍA EUFEMIA GÓMEZ GIRALDO	30303925	san cayetano	si
20	ALBA LUCIA OSORIO	30396382	san cayetano	si
21	MARIA MILENA SERNA AMAYA	24714889	san cayetano	si
22	OLGA MARCELA LONDOÑO	30330001	san cayetano	si
23	ALBA NIDIA GIRALDO GIRALDO	30300670	san cayetano	si
24	OLGA LUCIA CASTRO BERNAL	30286979	san jose	si
25	GLORIA PATRICIA RAMÍREZ OSORIO	30307466	san jose	si
26	MARIA ELENA HENAO DE RAMÍREZ	24643510	san peregrino	pendiente oportunidad
27	ANA MARÍA CORREA RUIZ	24348259	unidad movil	pendiente oportunidad
28	ADRIANA PATRICIA HERRERA CASTAÑEDA	30397063	aps	si

# GRACIAS!!!!....

..de parte de los niños y niñas a los  
que usted les está dando la  
posibilidad de una vida más sana!!



Tipo de Identificación	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento
Registro Civil	1141357877	Guevara	Hinestroza	Juanita		11/03/2017

NOMBRE: Juanita Guevara Hinestroza NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1141357877

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
			DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Recién nacido	Anti tuberculosis (BCG)	Única										
	Hepatitis B	De recién nacido										
A los 2 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primera Dosis	15	5	2017	220108616A	Biological E Limited	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Primera Dosis	15	5	2017	220108616A	Biological E Limited	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Hepatitis B	Primera Dosis	15	5	2017	220108616A	Biological E Limited	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Primera Dosis	27	9	2017	IPV916B	Bihoven Biologicals BV	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Primera Dosis										
	Rotavirus	Primera Dosis	15	5	2017	AROLB593BA	Glaxo SmithKline	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Neumococo conjugada	Primera Dosis	15	5	2017	ASPNA743CA	Glaxo SmithKline	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
A los 4 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segunda Dosis	18	7	2017	137Q6027A	Serum	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	18	9	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Segunda Dosis	18	7	2017	137Q6027A	Serum	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	18	9	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Hepatitis B	Segunda Dosis	18	7	2017	137Q6027A	Serum	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	18	9	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Segunda Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Segunda Dosis	18	7	2017	AOP4A540AA	Glaxo SmithKline	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	18	9	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
	Rotavirus	Segunda Dosis	18	7	2017	AROLB448AA	Glaxo SmithKline	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL				Maria de los Angeles Cardona Prada
	Neumococo conjugada	Segunda Dosis	27	9	2017	ASPNA757AD	Glaxo SmithKline	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL				Maria de los Angeles Cardona Prada
A los 6 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Tercera Dosis	27	9	2017	137Q7009A	Serum	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL				Maria de los Angeles Cardona Prada
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Tercera Dosis	27	9	2017	137Q7009A	Serum	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL				Maria de los Angeles Cardona Prada
	Hepatitis B	Tercera Dosis	27	9	2017	137Q7009A	Serum	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL				Maria de los Angeles Cardona Prada
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Tercera Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Tercera Dosis	27	9	2017	AOP4A547AB	Glaxo SmithKline	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL				Maria de los Angeles Cardona Prada
	Influenza estacional	Primera Dosis	27	9	2017	P3B711V	Sano1 Paster	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	27	10	2017	Maria de los Angeles Cardona Prada
A los 7 meses	Influenza estacional	Segunda Dosis										
A los 12 meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Primera										
	Varicela	Primera										
	Neumococo conjugada	Refuerto										
	Hepatitis A	Única										
A los 18 meses	Influenza estacional	Refuerto										
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primer Refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Primer Refuerzo										
A los 5 años	Fiebre Amarilla (FA)	Única										
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Segundo refuerzo										
	Varicela	Refuerto										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó	Refuerto										

Tipo de Identificación	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento
Registro Civil	1054887874	Riveros	Diaz	Pamela		23/03/2017

**NOMBRE: Pamela Riveros Diaz NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1054887874**

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
			DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Recién nacido	Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
	Hepatitis B	De recién nacido										
A los 2 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primera Dosis	1	6	2017	137Q6021B	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	1	8	2017	albarocio gonzalez mora
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Primera Dosis	1	6	2017	137Q6021B	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	1	8	2017	albarocio gonzalez mora
	Hepatitis B	Primera Dosis	1	6	2017	137Q6021B	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	1	8	2017	albarocio gonzalez mora
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Primera Dosis	1	6	2017	IPV893A	Bilthoven Biologicals BV	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	1	8	2017	albarocio gonzalez mora
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Primera Dosis										
	Rotavirus	Primera Dosis	1	6	2017	AROLB401AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	1	8	2017	albarocio gonzalez mora
A los 4 meses	Neumococo conjugada	Primera Dosis	1	6	2017	ASPNA748AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	1	8	2017	albarocio gonzalez mora
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segunda Dosis	1	8	2017	137Q6027E	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	2	10	2017	albarocio gonzalez mora
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Segunda Dosis	1	8	2017	137Q6027E	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	2	10	2017	albarocio gonzalez mora
	Hepatitis B	Segunda Dosis	1	8	2017	137Q6027E	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	2	10	2017	albarocio gonzalez mora
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Segunda Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Segunda Dosis	1	8	2017	AOP4A54OAA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	2	10	2017	albarocio gonzalez mora
A los 6 meses	Rotavirus	Segunda Dosis	1	8	2017	AROLB449AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41				albarocio gonzalez mora
	Neumococo conjugada	Segunda Dosis	1	8	2017	ASPNA743CA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41				albarocio gonzalez mora
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Tercera Dosis	5	10	2017	220108616D	Biological E Limited	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41				albarocio gonzalez mora
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Tercera Dosis	5	10	2017	220108616D	Biological E Limited	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41				albarocio gonzalez mora
	Hepatitis B	Tercera Dosis	5	10	2017	220108616D	Biological E Limited	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41				albarocio gonzalez mora
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Tercera Dosis										
A los 7 meses	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Tercera Dosis	5	10	2017	180O6079	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41				albarocio gonzalez mora
	Influenza estacional	Primera Dosis	5	10	2017	V50217018	Green Cross	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	2	11	2017	albarocio gonzalez mora
A los 12 meses	Influenza estacional	Segunda Dosis	10	11	2017	V50217015	Green Cross	MANIZALES PUESTO DE SALUD KILOMETRO 41	8	12	2017	albarocio gonzalez mora
A los 18 meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Primera										
	Varicela	Primera										
	Neumococo conjugada	Refuerzo										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Refuerzo										
A los 5 años	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primer Refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Primer Refuerzo										
	Fiebre Amarilla (FA)	Única										
A partir de los 9 años	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Segundo refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera										
		Segunda										
		Tercera										

Tipo de Identificación	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento
Registro Civil	1030287042	Duque	Lopez	Juan	Diego	24/07/2013

**NOMBRE: Juan Diego Duque Lopez NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1030287042**

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
			DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Recién nacido	Anti tuberculosis (BCG)	Unica	24	7	2013			FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				BERENICE GONZALEZ G
	Hepatitis B	De recién nacido	24	7	2013			FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				BERENICE GONZALEZ G
A los 2 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primera Dosis	24	9	2013	1453110	Berna	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	22	10	2013	BERENICE GONZALEZ G
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Primera Dosis	24	9	2013	1453110	Berna	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	22	10	2013	BERENICE GONZALEZ G
	Hepatitis B	Primera Dosis	24	9	2013	1453110	Berna	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	22	10	2013	BERENICE GONZALEZ G
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Primera Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Primera Dosis	24	9	2013	PV1207072	Haffkine India	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	22	10	2013	BERENICE GONZALEZ G
	Rotavirus	Primera Dosis	24	9	2013	AROLA521BA	Glaxo SmithKline	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	22	11	2013	BERENICE GONZALEZ G
A los 4 meses	Neumococo conjugada	Primera Dosis	24	9	2013	ASPNA156CA	Glaxo SmithKline	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	23	11	2013	BERENICE GONZALEZ G
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segunda Dosis	25	11	2013	1453110	Berna	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	23	1	2014	BERENICE GONZALEZ G
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Segunda Dosis	25	11	2013	1453110	Berna	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	23	1	2014	BERENICE GONZALEZ G
	Hepatitis B	Segunda Dosis	25	11	2013	1453110	Berna	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	23	1	2014	BERENICE GONZALEZ G
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Segunda Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Segunda Dosis	25	11	2013	PV1207075	Haffkine India	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	23	1	2014	BERENICE GONZALEZ G
A los 6 meses	Rotavirus	Segunda Dosis	25	11	2013	AROLA501AD	Glaxo SmithKline	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				BERENICE GONZALEZ G
	Neumococo conjugada	Segunda Dosis	25	11	2013	ASPNA172AC	Glaxo SmithKline	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	19	7	2014	BERENICE GONZALEZ G
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Tercera Dosis	24	1	2014	137P2040C	Serum	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				BERENICE GONZALEZ G
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Tercera Dosis	24	1	2014	137P2040C	Serum	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				BERENICE GONZALEZ G
	Hepatitis B	Tercera Dosis	24	1	2014	137P2040C	Serum	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				BERENICE GONZALEZ G
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Tercera Dosis										
A los 7 meses	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Tercera Dosis	24	1	2014	PV1212192	Haffkine India	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	18	8	2014	BERENICE GONZALEZ G
	Influenza estacional	Primera Dosis	9	5	2014	L10271	Sanofi Paster	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	7	6	2014	LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
	Influenza estacional	Segunda Dosis	4	6	2014	L10271	Sanofi Paster	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	19	7	2014	LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
A los 12 meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Primera	9	8	2014	013N2051A	Serum	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	23	7	2018	LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
	Varicela	Primera										
	Neumococo conjugada	Refuerzo	9	8	2014	ASPNA226CA	Glaxo SmithKline	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
	Hepatitis A	Unica	9	8	2014	AHAVB711BD	Glaxo SmithKline	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
	Influenza estacional	Refuerzo	9	8	2014	L10271	Sanofi Paster	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	24	7	2015	LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
A los 18 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primer Refuerzo	26	1	2015	1413	Biofarma	MANIZALES CENTRO DE SALUD FATIMA	23	7	2018	CAROLINA GIRALDO CATAÑO
	Vacuna Antipoliomielítica	Primer Refuerzo	26	1	2015	K52831	Sanofi Paster	MANIZALES CENTRO DE SALUD FATIMA	23	7	2018	CAROLINA GIRALDO CATAÑO
	Fiebre Amarilla (FA)	Única	9	8	2014	J55251	Sanofi Paster	FRESNO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL				LAURA BRIGITTE SARMIENTO OSPINA
A los 5 años	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Segundo refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera										
		Segunda										
		Tercera										
Mujeres gestantes a partir	Influenza estacional	Primera										

Tipo de Identificación	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento
Registro Civil	1054886431	Londoño	Muñoz	Wilder	Mauricio	23/03/2016

NOMBRE: Wilder Mauricio Londoño Muñoz NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1054886431

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
			DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Recién nacido	Anti tuberculosis (BCG)	Unica	23	3	2016	03764047	serum	SES HOSPITAL DE CALDAS				JOHANA BERMUDEZ
	Hepatitis B	De recién nacido	23	3	2016	UVA14026	LG	SES HOSPITAL DE CALDAS				JOHANA BERMUDEZ
A los 2 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primera Dosis	22	6	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	21	7	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Primera Dosis	22	6	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	21	7	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Hepatitis B	Primera Dosis	22	6	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	21	7	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Primera Dosis	22	6	2016	IPV858C	Billhoven Biologicals BV	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	21	7	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Primera Dosis										
	Rotavirus	Primera Dosis	22	6	2016	AROLA966AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	21	7	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
A los 4 meses	Neumococo conjugada	Primera Dosis	22	6	2016	ASPNA461AC	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	22	8	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segunda Dosis	24	8	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	22	9	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Segunda Dosis	24	8	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	22	9	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Hepatitis B	Segunda Dosis	24	8	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	22	9	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Segunda Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Segunda Dosis	24	8	2016	180O6004	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	22	9	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
A los 6 meses	Rotavirus	Segunda Dosis	24	8	2016	AROLB252AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA				SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Neumococo conjugada	Segunda Dosis										
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Tercera Dosis	16	11	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	17	4	2017	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Tercera Dosis	16	11	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	17	4	2017	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Hepatitis B	Tercera Dosis	16	11	2016	137Q5036A	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	17	4	2017	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Tercera Dosis										
A los 7 meses	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Tercera Dosis	16	11	2016	180O6078	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	17	4	2017	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Influenza estacional	Primera Dosis	16	11	2016	V50216012	Green Cross	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	14	12	2016	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
A los 12 meses	Influenza estacional	Segunda Dosis	25	1	2017	V50216012	Green Cross	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	24	2	2017	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
A los 18 meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Primera	29	3	2017	013N5047B	Serum	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	22	3	2021	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Varicela	Primera	29	3	2017	L020282	MERCK SHARP DOHME	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA				SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Neumococo conjugada	Refuerzo	29	3	2017	ASPNA892AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA				SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Hepatitis A	Unica	29	3	2017	L030775	MERCK SHARP DOHME	MANIZALES PUESTO DE SALUD LA CABAÑA	27	4	2017	SANDRA MILENA GARCIA PEREZ
	Influenza estacional	Refuerzo										
A los 5 años	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primer Refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Primer Refuerzo										
	Fiebre Amarilla (FA)	Única										
A los 5 años	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Segundo refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Refuerzo										

Tipo de Identificación	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento
Registro Civil	1054887832	Marin	Londoño	Sara	Michelle	19/02/2017

**NOMBRE:** Sara Michelle Marin Londoño **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** 1054887832

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
			DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Recién nacido	Anti tuberculosis (BCG)	Unica	19	2	2017	037G5231	Serum	MANIZALES SES HOSPITAL DE CALDAS	7	2	2067	LUZ DRIANA PIEDRAHITA
	Hepatitis B	De recién nacido	19	2	2017	032I5006C	Serum	MANIZALES CENTRO DE SALUD SAN CAYETANO				ALEXANDRA ARDILA MEJIA
A los 2 meses	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primera Dosis	13	6	2017	137Q6022C	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	15	8	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Primera Dosis	13	6	2017	137Q6022C	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	15	8	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Hepatitis B	Primera Dosis	13	6	2017	137Q6022C	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	15	8	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Primera Dosis	13	6	2017	IPV885A	Bilthoven Biologicals BV	MANIZALES CLINICA LA ENEA	15	8	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Primera Dosis										
	Rotavirus	Primera Dosis	13	6	2017	AROLB401AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES CLINICA LA ENEA	15	8	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
A los 4 meses	Neumococo conjugada	Primera Dosis	13	6	2017	ASPNA748AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES CLINICA LA ENEA	15	8	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segunda Dosis	22	8	2017	137Q6027E	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	23	10	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Segunda Dosis	22	8	2017	137Q6027E	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	23	10	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Hepatitis B	Segunda Dosis	22	8	2017	137Q6027E	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	23	10	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Segunda Dosis										
	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Segunda Dosis	22	8	2017	180O6079	Serum	MANIZALES CLINICA LA ENEA	23	10	2017	YINETH LOPEZ GALLEGO
A los 6 meses	Rotavirus	Segunda Dosis	22	8	2017	AROLB449AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES CLINICA LA ENEA				YINETH LOPEZ GALLEGO
	Neumococo conjugada	Segunda Dosis	22	8	2017	ASPNA748AA	Glaxo SmithKline	MANIZALES CLINICA LA ENEA				YINETH LOPEZ GALLEGO
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Tercera Dosis										
	Haemophilus influenzae tipo b(hib)	Tercera Dosis										
	Hepatitis B	Tercera Dosis										
	Vacuna Inactivada de polio (VIP)	Tercera Dosis										
A los 7 meses	Vacuna Oral de Polio (VOP)	Tercera Dosis										
	Influenza estacional	Primera Dosis										
A los 12 meses	Influenza estacional	Segunda Dosis										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Primera										
	Varicela	Primera										
	Neumococo conjugada	Refuerzo										
	Hepatitis A	Unica										
A los 18 meses	Influenza estacional	Refuerzo										
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Primer Refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Primer Refuerzo										
A los 5 años	Fiebre Amarilla (FA)	Unica										
	Difteria, B. Pertussis, Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo										
	Vacuna Antipoliomielítica	Segundo refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP ó triple viral)	Refuerzo										



Grupo Enfermedades Transmisibles-PAI  
Dirección de Promoción y Prevención  
Ministerio de Salud y Protección Social

# ¡Éxitos!

ALCALDÍA  
DE MANIZALES



MANIZALES  
+GRANDE

