



# Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Paraguay

Personería Jurídica Decreto Nº 14465/80

Miembro Fundador de la Federación Mundial de Asociaciones de Bomberos Voluntarios  
Mención de Honor Condecoración de la Presidencia de la República en el Grado de " Gran Oficial" Año 1997  
Condecoración por los Servicios Distinguidos Otorgado por la Policía Nacional Año 2004  
Miembro Fundador de la Organización de Bomberos Americanos (OBA)  
Premio: " Nuestra Señora de la Asunción" - Año: 2007



Cruz del Defensor Nº 437 c/ Dr. Hassler  
Telefax: 225-550/1 C.C.A. 132

Web: www.bomberoscbvp.org.py  
Asunción - Paraguay



Asunción, 08 de Julio de 2021

## RESOLUCION Nº 004/21 P.N.

**VISTA:** La campaña de vacunación nacional contra el virus Covid-19 desarrollada por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

### CONSIDERANDO:

Que, en el marco de dicha campaña, al Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Paraguay (C.B.V.P.) le corresponde la categoría "trabajadores priorizados", establecido en el Plan Nacional de Vacunación con fecha definida para la aplicación de las vacunas, el día 12 de julio de 2021.

Que, resulta necesario que el personal bombero acredite la condición de tal, por medio del "Certificado de Trabajador Priorizado", cuyo modelo y formato, se encuentra a disposición en la página web habilitada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social "www.vacunate.gov.py", debiendo contar con la firma de una autoridad institucional, así como el sello respectivo, a los efectos de acreditar la legitimidad de quien se presenta con la intención de acceder a la vacuna.

Que, ante la necesidad de establecer los mecanismos para que el personal Bombero Voluntario, acceda a la vacunación correspondiente, el Presidente Nacional, en cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 38º de los Estatutos Sociales, y concordantes del Reglamento General del C.B.V.P.;

### RESUELVE :

- Art. 1º. **AUTORIZAR** a los Comandantes de Cuerpos, Compañías, Unidades y Destacamentos, a acreditar la calidad de Bombero Voluntario perteneciente al Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Paraguay, con la suscripción del **Certificado de Trabajador Priorizado** y el estampado del sello correspondiente a la dependencia en el que el miembro de la Institución presta servicios.
- Art. 2º. **ESTABLECER**, que para la suscripción del **Certificado de Trabajador Priorizado**, se deberá tener en cuenta la nómina del personal bombero, cuya identidad fue previamente remitida por las distintas compañías, unidades y destacamentos, y validado por el Departamento de Personal, y validado.
- Art. 3º. **DISPONER** que una vez culminado el procedimiento, los Comandantes de Cuerpos, Compañías, Unidades y Destacamentos, presenten un informe pormenorizado al Dpto. de Personal, respecto del: a) Certificados de Trabajo Priorizado otorgados por los Comandantes; y b) personal bombero que efectivamente accedió a la vacunación.
- Art. 4º. **INSTAR** a todo el personal bombero a que se inscriba en las plataformas electrónicas del M.S.P. y B.S., independientemente al certificado que acreditará su condición de Bombero Voluntario del C.B.V.P. Igualmente, se insta a que completen el consentimiento informado de vacunación que se adjunta.
- Art. 5º. **COMUNICAR** al personal de bomberos y cumplido archivar.

Cap. Ppal. B.V.C.  
**JORGE MARCELO KRONAWETTER**  
Secretario Nacional



Cap. Gral. B.V.C.  
**LUIS ALBERTO ROJAS RAMIREZ**  
Presidente Nacional

**COMPAÑIAS DEL C.B.V.P.**  
 Ina. Cia. Monte Asunción  
 Bolívar Benítez y Cap. Román García - Tel: 523-200  
 Ina. Cia. Trinidad  
 Rtd. Páez y La Rosa - Tel: 291-830  
 Ina. Cia. Solís  
 Coronel López 483 y Laprida - Tel: 480-000  
 Ina. Cia. Lorea  
 San Martín y Boscovich - Tel: 644-275  
 Ina. Cia. Lander  
 San Martín y Homocidico Concepción Tel: 806-830/ 806-736  
 Ina. Cia. Mariano Roque Alonso  
 Francisco e Salinas Tel: 750-977  
 Ina. Cia. San Lorenzo  
 Sando y Av. Asunción Martínez Tel: 574-500  
 Ina. Cia. Capatá  
 Ruta 7 Km 20.5 Tel: 029-830858  
 Ina. Cia. Villa Elvira  
 Libre e Jordana Tel: 842-800  
 Ina. Cia. Ypacarai  
 Cruz Diaz 1585 Tel: 0815-420000  
 Ina. Cia. Fernando de la Mora  
 Las Rocedizas y Cnel. Rafael Franco Tel: 514-514  
 Ina. Cia. Itapúa  
 Virgen del Rosario y Marcial Saramey Tel: 0294-221811  
 Ina. Cia. San Antonio  
 Cnel. de Boscovich e Ta A González Tel: 861-060  
 Ina. Cia. J. A. Sábido  
 Ruta 7 Km 27.5 Tel: 0295-20302  
 Ina. Cia. Rosaly  
 Domini Comar y Ta. Rosa Tel: 964-515  
 Ina. Cia. Ity  
 Ruta 7 Km 35.5 Tel: 0224-423237  
 Ina. Cia. Guaraní  
 Ta. Nicolás Holmstedt Tel: 0882-838262  
 Ina. Cia. Limpio  
 Cnel. Elvares Aquino Km 20 Tel: 326-7102  
 Ina. Cia. Ypané  
 Av. Juan F. Gómez y Héroles de Villota Tel: 965-341  
 Ina. Cia. Mercedes 4  
 Lomas Verdes e Riquelme Caballero Tel: 201-201  
 Ina. Cia. Arangú  
 Gobernador José G. Díaz Tel: 634-333  
 Ina. Cia. Zumbado Cda  
 Loma Verde y Hermano Guzmán Tel: 276-362

**CUERPOS DEPARTAMENTALES**  
 Ina. Cia. Depto. Ity Ity  
 Tel: 029-270419  
 Ina. Cia. Depto. Itaipúa  
 Tel: 0863-134728  
 Ina. Cia. Depto. Itapúa  
 Tel: 0864-24688  
 Ina. Cia. Depto. Chova  
 Tel: 0862-0290  
 Ina. Cia. Depto. Sta. Rosa del Apuray  
 Tel: 0871-81102  
 Ina. Cia. Depto. Capatá  
 Tel: 0425-41189  
 Ina. Cia. Depto. Resguardo del Rosario  
 Tel: 041-21938  
 Ina. Cia. Depto. Gral. Aguayo  
 Tel: 0881-179713  
 Ina. Cia. Depto. Gral. Rosquín  
 Tel: 0861-02687  
 Ina. Cia. Depto. San José  
 Tel: 0868-04007  
 Ina. Cia. Depto. San Bernardino  
 Tel: 0272-221299  
 Ina. Cia. Depto. Emboscado  
 Ina. Cia. Depto. Escudo Ayta  
 Tel: 0144-17352  
 Ina. Cia. Depto. Arroyos y Esteros  
 Tel: 0864-33898  
 Ina. Cia. Depto. Tobatí  
 Tel: 0256-282291  
 Ina. Cia. Depto. Capatá  
 Tel: 0871-022283  
 Ina. Cia. Depto. Parobá  
 Tel: 0871-2288/ 0864-022722  
 Ina. Cia. Depto. Caacupé  
 Tel: 011-04880  
 Ina. Cia. Depto. Atya  
 Tel: 0868-46020  
 Ina. Cia. Depto. Villarrica  
 Tel: 0144-42324  
 Ina. Cia. Depto. Independencia  
 Tel: 0846-40131  
 Ina. Cia. Depto. Buzito  
 Tel: 0846-29578  
 Ina. Cia. Depto. Mauricio José Troche  
 Tel: 0865-14180  
 Ina. Cia. Depto. Salicruyá  
 Tel: 021-7077  
 Ina. Cia. Depto. Pinar Yabar  
 Tel: 0864-38136  
 Ina. Cia. Depto. Cnel. Ovidio  
 Tel: 021-200298  
 Ina. Cia. Depto. J. E. Estigarribia  
 Tel: 0268-22969  
 Ina. Cia. Depto. Repatriación  
 Tel: 0876-22119  
 Ina. Cia. Depto. Pastoreo  
 Tel: 0865-42027  
 Ina. Cia. Depto. Viqueque  
 Tel: 0865-21894  
 Ina. Cia. Depto. Castañá  
 Tel: 0865-18427  
 Ina. Cia. Depto. San Juan Resguardo  
 Tel: 0444-20078  
 Ina. Cia. Depto. Carmen del Paraná  
 Tel: 0760-06469  
 Ina. Cia. Depto. N. S. de la Encarnación  
 Tel: 071-206282  
 Ina. Cia. Depto. María Auxiliadora  
 Tel: 0784-20439  
 Ina. Cia. Depto. Cnel. Delgado  
 Tel: 0740-27072  
 Ina. Cia. Depto. San Cosme y Damián  
 Tel: 0845-56387  
 Ina. Cia. Depto. Hohenheim  
 Tel: 0775-20032  
 Ina. Cia. Depto. C. A. López - Kressbach  
 Tel: 0865-14180  
 Ina. Cia. Depto. San Juan del Paraná  
 Tel: 021-200298/ 0868-06064  
 Ina. Cia. Depto. Pinar  
 Tel: 0862-40646  
 Ina. Cia. Depto. San Rafael del Paraná  
 Tel: 0865-18688  
 Ina. Cia. Depto. Leandro Oviedo  
 Tel: 0862-08469  
 Ina. Cia. Depto. Coronel Bogado  
 Tel: 0868-21788  
 Ina. Cia. Depto. Ayrúa  
 Tel: 0712-2788  
 Ina. Cia. Depto. San Juan Bautista  
 Tel: 081-21788  
 Ina. Cia. Depto. Santa Rosa Misiones  
 Tel: 0868-28844  
 Ina. Cia. Depto. Itapúa  
 Tel: 0863-20029  
 Ina. Cia. Depto. Paraguari  
 Tel: 0814-21188  
 Ina. Cia. Depto. Quindiy  
 Tel: 0836-28248  
 Ina. Cia. Depto. Piray  
 Tel: 0891-28144  
 Ina. Cia. Depto. La Colmena  
 Tel: 0881-147883  
 Ina. Cia. Depto. Casapúa  
 Tel: 0871-20427  
 Ina. Cia. Depto. Hermanos  
 Tel: 0871-02113  
 Ina. Cia. Depto. Misión Guasu  
 Tel: 021-186469  
 Ina. Cia. Depto. J. L. Malbrán  
 Tel: 0863-22983  
 Ina. Cia. Depto. Santa Rosa del Montevideo  
 Tel: 0891-255443  
 Ina. Compañía Depto. Resguardo  
 Tel: 0867-143888  
 Ina. Cia. Depto. Pilar  
 Tel: 0786-23127  
 Ina. Cia. Depto. Pedro Juan Caballero  
 Tel: 0358-27118  
 Ina. Cia. Depto. Caraguatay  
 Tel: 049-21988  
 Ina. Cia. Depto. Nuevo Espargano  
 Tel: 0454-27340  
 Ina. Cia. Depto. Sello del Guara  
 Tel: 0863-632277  
 Ina. Cia. Depto. La Palma  
 Tel: 0867-16184  
 Ina. Cia. Depto. Villa Hayes  
 Tel: 0816-80783  
 Ina. Cia. Depto. José Félix  
 Tel: 021-88943  
 Ina. Cia. Depto. Brucay de Guasu  
 Tel: 081-28144  
 Ina. Cia. Depto. Ity  
 Ina. Cia. Depto. Loma  
 Ina. Cia. Depto. Casapúa

**UNIDADES**  
 - Unidad de Resguardo y Rescate (SAR)  
 Tel: 877-162  
 - Unidad de Resguardo y Rescate Urbano (URAR)  
 Tel: 523-200  
 - Auto Chapa Pua

**COMPAÑIAS EN FORMACION**  
 - Meléndez y Tristán - Arroyo  
 - Concepción - Gómez - Minga Porá



## CERTIFICADO DE TRABAJADOR PRIORIZADO

### PARA VACUNA ANTI SARS-CoV-2

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL CERTIFICADO	
Departamento:	Distrito:
Institución:	
Fecha de solicitud:	
DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre y Apellido completo: _____	
Número de CI:  _ _ _ _ _ _ _ _	Edad (en años):  _ _  años
<b>Marque el grupo de trabajador priorizado al cual pertenece:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Docentes (todos los niveles)</li><li><input type="checkbox"/> Policía Nacional</li><li><input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas</li><li><input type="checkbox"/> Bomberos</li><li><input type="checkbox"/> Guardias Penitenciarios</li><li><input type="checkbox"/> Fiscalía</li><li><input type="checkbox"/> Comunicadores</li></ul>	
Observación:	

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Institucional



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD**  
**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**VACUNACIÓN CONTRA COVID - 19**

**DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO**

1. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_    2. Región Sanitaria: \_\_\_\_\_    
 3. Distrito: \_\_\_\_\_    4. Fecha de Vacunación (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. DATOS DEL PACIENTE**

Yo, Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_ con:  
 Documento Id N°: \_\_\_\_\_, de Edad: \_\_\_\_\_ he sido informado por: \_\_\_\_\_

**6. DATOS DEL RESPONSABLE**  Aplica  No Aplica

Yo, responsable, tutor o curador con:  
 1. Documento Id N°: \_\_\_\_\_, 2. Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_;  
 de: \_\_\_\_\_  
 3. Edad: \_\_\_\_\_ años, he sido informado por: \_\_\_\_\_

**7. TIPO DE VACUNA<sup>1</sup> marcar la que corresponde**

Plataforma de vector viral Sputnik- V	<input type="checkbox"/>
Plataforma Virus Inactivado: Covaxin	<input type="checkbox"/>
Plataforma Vector Viral Laboratorio AstraZeneca	<input type="checkbox"/>
Plataforma ARNm (Moderna)	<input type="checkbox"/>

**8. OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado del objetivo, las características y los beneficios de la vacunación, así como de sus potenciales riesgos.  
 Se me ha explicado las consecuencias que tendría para mi salud la no realización de la vacunación.  
 He realizado las preguntas que consideraré necesarias, todas han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.  
 Estoy informado de que puedo retirar o revocar este consentimiento comunicándole al responsable de la vacunación, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de usuario.  
 He sido informado que mis datos personales podrán ser publicados.

**9. CONSENTIMIENTO**

**9.1- Acepto** SI  No

1. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Firma del Paciente o responsable legal \_\_\_\_\_

3. Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

4. N.º CI: \_\_\_\_\_

5. Firma del Profesional Sello y N.º de Registro Profesional \_\_\_\_\_

6. En caso de que su respuesta fuera negativa, firma de testigo: \_\_\_\_\_

7. Aclaración de la firma del testigo \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este documento será válido para las dosis necesarias para completar el esquema de vacunación correspondiente