

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:

Andrés Ruiz Rodríguez

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad

18-06-1986 Masculino Colombiano

date of birth/ né(e) le Sex/ de sexe nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación

1049532731

national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

F. Ruiz

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre Amontilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations

Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis /	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Sanofi	05-10-18	Laura Barragán
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable

4

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Salud Ocupacional Los Andes Ltda. Céd. N.º 830.029.102-0 Hasta 2018 VACUNACION	
P3B1A1U	From	Until
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable	
	à partir du :	jusqu'au :

5

OTRAS VACUNACIONES

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad	Fecha	Fecha de la próxima dosis (fecha):	Fabricante y número del lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease targeted	Date	Next booster (date):	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine	Signature and professional status of supervising clinician
Maladie visée	Date	Prochain rappel (date):	Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot	Signature et titre du clinicien responsable
Tetano	21/10/19	Abrel / 21 / 2020	Delta 2208003190	[Signature]

6

7