

Este carné es válido en Colombia  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación  
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**Libertad y Orden**

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



**MinSalud**

Ministerio de Salud y Protección Social


**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres: **Natalia**  
Apellidos: **Sanchez Muñoz**  
Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. **1152443875**  
Fecha de Nacimiento: Día **03** Mes **12** Año **1992**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	9/04/03.	FOM E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO LUIS JIMÉNEZ MARTÍNEZ NIT: 800227877-1 09 AGO 2017	<b>VACUNACIÓN</b>
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	12-09-02		
	2	9-04-03		
	3	5-06-03		
	4	3-10-03		
Contra Hepatitis B	5	2-02-13		
	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla			FOM E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO LUIS JIMÉNEZ MARTÍNEZ NIT: 800227877-1 09 AGO 2017	<b>VACUNACIÓN</b>
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
SRP.	1	16-09-95		
Fiebre amarela	1	16-12-98		



**Varicella Vaccine-GCC**  
Vacuna contra la varicela GCC (preparación)  
Cada vial contiene 0.5 ml / 1 vial

Antes de usar, leer el manual.  
No exponer a la luz.  
Almacenar entre 2-8°C.  
Mantenerse fuera del alcance de los niños.  
Usar con técnica aséptica.

Fabricado por: **GREEN CROSS**  
Laboratorios




**Colombia**  
zonas de riesgo

**Libertad y Orden**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**

02- FEBRERO 2023

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres: **Natalia**

Apellidos: **Sanchez Muñoz**

Documento de identidad: C.C./T.I. Pasaporte No. **1152443875**

Fecha de Nacimiento: Día **03** Mes **12** Año **1992**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diftérico Td	1	12-09-02		
	2	09-04-03		
	3	05-06-03		
	4	03-10-03		
	5	02-02-13	02481007D	Silvia R
Contra Hepatitis B	1	19/04/13	444680	ELIZ
	2	22/07/13		
	3	17 AGO 2017	143403301	Carlos

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
VARICELA		17 AGO 2017	5101473	Carlos
		13 OCT 2017		\$55116 III. Gm
Contra Influenza		17 AGO 2017	165721	Carlos M
Otras	SRP	09-04-03		
Hepatitis A		09-04-03	N3K52 IV	Natalia

Este carné es válido en Colombia  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación  
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **NATALLA**  
Apellidos: **SANCHEZ MUÑOZ**  
Documento de identidad: ☒ T.I. ☐ Pasaporte No. **115244385**  
Fecha de nacimiento: Día **03** Mes **12** Año **1992**

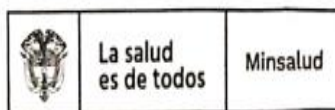
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	2			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	4			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		<b>17 OCT. 2018</b>	<b>UF888A1</b>	<b>YENITE</b>
Virus de Papiloma Humano				
<b>NEUMOCOCCO 23.</b>				
		<b>17 OCT. 2018</b>	<b>UFX18001</b>	<b>YENITE</b>



  
**MiVacuna**  
Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



  
**MiVacuna**  
Covid-19

### Certificado de vacunación

Nombres: Natalio

Apellidos: Sanchez Hinoj

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1152443875

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 12 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	5-04-21	Sinovac	2202103005	ESE HSVP	Nora Olarte	39206956
	2	06-05-21	Sinovac.	2202103009	ESE HSUP.	Isabel Callejas	39206756.