

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.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Morúa Alejandra**


Apellidos: **peréz Valdez**

Documento de identidad: C.C. **X.T.L.** Pasaporte No. **1028036898**

Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **09** Año **1998**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	20.02.02	COXING	Historia
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19.11.98		
	2	19.01.99		
	3	30.03.99		
	4	27.10.07		
	5	23.02.01		
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	21.9.21	VOB87N	Jonny
Otras	AD 1270	21.9.21	23370026A	Jonny
	NEUMOCO	14-10-21	DT2444	Jonny



751802

05-12-10
15-07
10-03-2

AVAXIM 160U
Vacuna contra la hepatitis A
(inactivada, subcutánea)
Suspensión líquida
0,5 ml x 1 dosis
No refrigerar
Conservar entre 2°C - 8°C
Agitar antes de usar

Varivax®
Vacuna de virus vivos atenuados
La vacuna debe ser administrada por vía intradérmica
La vacuna debe ser administrada en un sitio limpio y seco


1015425
ABR-2023

La salud es de todos

en Colombia.
zonas de riesgo.

Lo

arnacional de vacunación
en los sitios autorizados.



La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres **Maria Alejandra**


Apellidos **Perez Valdez**

Documento de identidad C.C. T.I. Pasaporte No **1028076898**

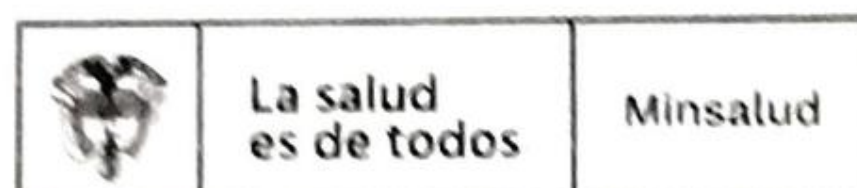
Fecha de nacimiento Día **11** Mes **09** Año **1998**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	27-09-21	ufx200086	Adonay
	2	27/10/21		I.P.S
	3			CENTRO DE VACUNACIÓN INTEGRAL S.A.S
Hepatitis A antirabica	1	27-09-21	31972V	Santh. Cristina
	2	27	MON 20	2022
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras		27-09-21	MSDU0545	Santh. Cristina
		27	Octubre	2021


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co




MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Maria Alejandro**
Apellidos: **Perez Voldes**

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

No. **1028036848**

Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **09** Año **1998**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	23-05 2021	Pfizer	EW 0206	cc Florida masivo	Eliana Isaza	10077577 80
	2	06-06-2021	Pfizer	EY 0534	cc Florida	Jonathan Falleiro	103660730