



 Será exigido para entrar a **Colombia**

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

 Certificado de Vacunación de Adulto

Nombres: **Manuela**
 Apellidos: **Arango Munera**
 Documento de identidad: C.C. T.D. Pasaporte No **99.121201.479**
 Fecha de Nacimiento: Día **17** Mes **12** Año **1999**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	SEP 01	10602	
		02	140105	
Toxoides Tetánico Difterico Td	1	14-08-15	D2222	Uchep
	2	25-08-00	Ref. 190105	
	3	29-10-00		
	4	29-12-00	17/Agosto 18	
	5	5-06-01	2025	
Contra Hepatitis B	R	18 SEP 2017	1434033	Gloria M
	1	29-12-99		
	2	3-03-00	17 Sep 18	
	3	14-07-00		202-3

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	01	24-02-05		LOPIA
Contra Influenza	1	18 SEP 2017	465721	Gloria M
	1	23-10-18	U1928AC	Claudia
Virus de Papiloma Humano	0	13-10-17	M033023	Legu
	2	18-11-17	1434033	Andy
	3	9-01-19		Res
Vaccina	1	18 SEP 2017	55011011	Gloria M
Manoeca	1	18 SEP 2017	11039512	Gloria M
		17 Sep 2022		

Certificado Vacunación

Institución: Comunidad Ecladio

Nombre: Manuela Arango

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
ITC	90	BC (1) 13/10/17	62017	Claudia
	(2)	BC (2) 19/12/17	6A9M	Beatriz R
Menocel	90	901/17	0615577	Claudia

Cortés de Sarah Parera

	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
H.A.	1	23/10/18	N3K521V	Claudia A
H.A.	2	21/05/19	23B488V	Beatriz R
Inf	DU	09/09/2010	UJ3807	Isabel C.

CO.450150920

Certificado de Vacunación

Institución: Comunidad Ecladio

Nombre: Manuela Arango Mesa

Identificación: 1152472338 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hep B	(1)	31/10/18	UFX17009	Claudia
HB	(2)	3/12/18	UFX18005	Claudia
HB	(3)	21/05/19	UFX18008	Beatriz

21/May01 2021

Cortés de Sarah Parera