

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

MiSalud
Ministerio de Salud
Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

* Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Laura Johana**

Apellido: **Rodriguez**

Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ N. ☐ Pasaporte No **1037658949**

Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **10** Año **1997**

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

MiSalud
Ministerio de Salud
Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Laura Johana**

Apellido: **Rodriguez Arevalo**

Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ N. ☐ Pasaporte No

Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **10** Año **1997**

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

MiSalud
La salud es de todos

MiVacuna
Ministerio de Salud

Certificado de vacunación

Nombre: **Laura Johana**

Apellido: **Rodriguez arevalo**

Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ N. ☐ Pasaporte ☐ R.C. ☐ C.R. ☐ C.R. No **1037658949**

Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **10** Año **1997**

Buena	De	Fecha	Vacunado	Id	#1 vacunado	Nombre vacunado	Código del vacunado
		14/11/21	Pizer	679114	Compostobres	Jacqueline Gomez	103772960
		5-3-21	Pizer	67924	compostobres	Jacqueline Gomez	103772960
					310882600		

Certificado de Vacunación

Nombre: Laura Johana Rodriguez
 Identificación: 10867849

Fecha	Dosis	Fecha	Fecha	Fecha
11-01-2018	4	20	18022002	02/02/18

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Empión Rubéola	1			
	1			
Toxoides Tetánico	2			
Difterico	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	06-06-2013	0F116003 Parke	
	2	07-07-2017	0F116003 Parke	
	3	11-01-2018	0F116003 Parke	
	4			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	11-01-2018	P3761V	Nubi-
	2	15-06-2018	01110000	Monica
Contra Virus de Papiloma Humano	1	17-05-13		
	2	30-11-14	7005613	Claudia
	3	20-1	2018	
Neumovax		11-01-2018	0F116003 Parke	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Empión Rubéola	1	22-04-2018	012N0120	Umar
	1			
Toxoides Tetánico	2			
Difterico	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	4			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Contra Virus de Papiloma Humano	1	17-05-13	1001754	Nuriy
	2	18-11-13		
	3	2018		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	# Vacunados	Nombre vacunado	Código del vacunado
COVID-19	1	14/11/21	Pfizer	619114	Conquestektra	Jacqueline Gomez	1054721960
	1	5-3-21	Pfizer	616924	conquestektra	Jacqueline Gomez	1054721960
					310882600		

HEPATITIS A @ Jeneico 1990 DEC-17-99

ESQUEMA DE VACUNACION						
VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador
		Dia	Mes	Año		
B.C.G. (Antituberculosis)	U	13	10	93	Hector	295
Antipoliomielitica	R.N	13	10	93		2258A1
	1*	16	11	93		18 mas.
	2*	9 FEB 1998				11-04-99
D.P.T (Difteria, Tosaferina, Tétanos)	3*	16 ABR 1998			Hector	11-04-99
	1*	16	11	93		18 mas.
	2*	9 FEB 1998				11-04-99
	3*	16 ABR 1998				11-04-99
Antihpatitis B.	1*	13	10	93	Hector	2258A1
	2*	16	11	93		18 mas.
	3*	16 ABR 1998				11-04-99
	4*	16	11	93		18 mas.
Antisarampion	U					
Toxoide Tetanico (Tétanos)	1*					
	2*					
	3*					
Toxoide Difterico (Tétanos y Difteria)	1*					
	2*					
	3*					
Triple Viral (Sar. Pap. Rub.)	U	11	09	98		
Antifebre Amarilla	U					
Meningo-BC (Meningococo)	1*	MAY 28 1998				
	2*					
Hib (Hemofilius Influenza)	1*	9 FEB 1998				
	2*	16 ABR 1998				
	3*	16 09 98				
Sinaipewh						11-04-99

VARICELA @ 12 MAYO 1999

20-10-04/11/99

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

Certifica que:

LAWA [signature] 16-11-2012

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

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad

01/01/92 F Colombia

date of birth / né(e) le Sexe / de sexe nationalité / de nationalité

Documento nacional de identificación

9910111419

national identification document / document d'identification national

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Cuya firma aparece a continuación:

[signature]

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 / ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre

[signature]

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	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido	
				Desde	Hasta
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	From	Until
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable	Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable	
F. [signature]	01/01/2012	Dary Zapata R. Enfermera	H94150752	A partir du :	Jusqu'au :
				10-2012	