

# Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

PAMELA OROZCO RESTREPO

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1037636838

Fecha nacimiento / Date of birth

16/09/1994

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3113670376

Correo electrónico / e-mail

pamela.orozco@udea.edu.co



## Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

ET6924

EW0206

-

Vacuna / Vaccine

PFIZER  
MANUFACTURING  
BELGIUM

PFIZER  
MANUFACTURING  
BELGIUM

-

Centro vacunador / Administering Center

MEDELLIN IPS  
UNIVERSITARIA  
SEDE PRADO

MEDELLIN IPS  
UNIVERSITARIA  
SEDE PRADO

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

15/05/2021

05/06/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

Q66ML5KG5KWVNEKW5NO  
DQQME436KLJVO2M3MU22  
YWBQM4A56MZA

64URZHENH63YRTMZL53E  
OSQDHJE26NOWRVDV5VW  
OZNLWLJK7XQ3PQ

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

02/11/2021

02/11/2021

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

[Ver certificado en MiVacuna](#)

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

[View certificate in MiVacuna](#)

# Certificado de Vacunación

comfama

Institución:

Nombre:

Identificación:

Pamela Orozco Roldano  
1.037.636 838

Tel:

Vacuna

Dosis

Fecha Aplicación

Lote No.

Firma Vacunador

Fluadon 9/10/21 U7631

FluQuadril™  
0.5 ml

L:  
E:  
M:

UJ631AC  
26ENE22  
26ENE21

Desprender

Cortesía de Sanofi Pasteur

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Paciente:</b>	PAMELA OROZCO RESTREPO	<b>Doc. Id.:</b>	CC 1037636838
<b>Edad:</b>	23 Años	<b>Teléfono:</b>	3113670376
<b>Médico:</b>		<b>Sexo:</b>	FEMENINO
<b>Entidad:</b>	CENTROLAB S.A.S ( CONVENIO UDEA)	<b>Tel. Entidad:</b>	4443888
<b>Fecha atención:</b>	30/05/2018 09:57 09:57 a.m.	<b>Fecha resultado:</b>	30/05/2018 12:26:00p.m.
<b>Fecha impresión:</b>	30/05/2018 03:30:27p.m.	<b>Tipo reporte:</b>	COPIA

## INFORME DE RESULTADOS

### HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS]

#### ANÁLISIS

QUIMIOLUMINISCENCIA (LIAISON)

#### RESULTADOS

>1000

mUI/ml

#### VALORES DE REFERENCIA

0 - 10

#### INTERPRETACION

Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs por debajo de 10 mUI/mL se deben clasificar NEGATIVAS.

Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs entre 10 y 11 mUI/mL se deben clasificar DUDOSAS. Se recomienda repetir en duplicado el test de las muestras dudosas para confirmar el primer resultado.

Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs iguales o por encima de 11 mUI/mL se deben clasificar POSITIVAS.

Responsable:

*LUZ Mery V*

Bacteriólogo/a:

LUZ MERY VELEZ SEPULVEDA

Registro: 5-1900-11

### VARICELA IGG

#### ANÁLISIS

VARICELA ZOSTER, Acs IgG (MICROELISA AUTOMATIZADO)

#### RESULTADOS

>1500.0

mIU/mL

#### VALORES DE REFERENCIA

#### INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados de las muestras deben ser interpretados como sigue:

Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster por debajo de 50 mUI/mL se deben clasificar negativas (No hay protección inmunológica).

Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster entre 50 - 100 mUI/ml se deben clasificar como indeterminadas

Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster iguales o por encima de 100 mUI/mL se deben clasificar positivas (Si hay protección inmunológica).

Responsable:

*Nayiber Ruiz P.*

Bacteriólogo/a:

NAYIBER RUIZ MAYA

Registro: 5-2049



**BIOTOSCANA**

Unidad de Vacunas  
SE - AVIACIÓN - PROTECCIÓN - SANIDAD

**CARNET DE VACUNACIÓN**

Nombre	Pamela Orozco.
Dirección	
Teléfono	
H.C.	10376838.
Entidad Vacunadora	

1

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

**Consérvelo**

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

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



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



DIRECCIÓN NACIONAL DE MANEJO DE EMERGENCIAS  
SUBDIRECCIÓN DE EMERGENCIAS

**CARNÉ DE VACUNACIÓN DEL ADULTO**

Nombres	Pamela
Apellidos	Orozco Retiepa.
Documento de Identidad	CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASA- PORTE <input type="checkbox"/> No.
Fecha de Nacimiento	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>

2

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

**Consérvelo**

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

Libertad y Orden

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



Libertad y Orden

Ministerio de Protección Social  
República de Colombia



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres:	Pamela
Apellidos:	Orozco
Documentos de Identidad:	CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASA- PORTE <input type="checkbox"/> No. 44091603752
Fecha de Nacimiento:	Día: 16 Mes: 04 Año: 1994

3



	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS B	1a	X 19-09-2013	035L2001 TERC	
	2a	X 20-05-2014	03412002 TERC	
	3a	09-12-2014	03412002 TERC	
ANTIINFLUENZA	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
	1a			
VARICELA	1a			
	2a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS A	1a			
	2a			
TETANO	1a			
	2a			
	3a			
	4a			
	5a			

VACUNA	Dosis	Fecha de Vacuna	Lote	Nombre del Vacunador
Sarampión Rubéola	Única	010306		
	1a.	160398		
Toxoides Tetánico Diftérico Td	2a.	010306		
	4a.	110404	LV40513-0	GT
	5a.	170908	LV40703B	XTIN
	2a.	180305		
Hepatitis B	1a.			
	2a.			
	3a.			

VACUNA	Fecha de Vacuna	Lote	Nombre del Vacunador
Fiebre Amarilla			
	VI-6-2017	VI 777 AA	Dora I
	2 JUN 2018	VS0218003	Adriana
Influenza	15 ABR. 2019	UJ171A0	Leonor
Otras	01 Mayo 2023		
Otras Dpt 2	V-29-13 AC37 B064AA	Dora	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoides Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	029910	NMAS140	Viviana	
	024210	NN18520	VENITC	
	04 ABR. 2011	NN27/60	NN	