

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



**VACUNADO / VACCINATED**

Nombres y apellidos / Full name

**JANICE VERONICA MIHIC DIAZ**

Documento de Identidad / ID number

**CE: 002200636**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

**28/08/1987**

Sexo / Sex

**F**

Nacionalidad / Nationality

**VENEZUELA**

Vacuna / Vaccine

**Vacuna contra COVID-19**

### VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
<b>1° DOSIS</b>	<b>28/02/2021</b>	<b>SINOPHARM (202012365)</b>	<b>LIMA CENTRO</b>
<b>2° DOSIS</b>	<b>21/03/2021</b>	<b>SINOPHARM (202012381)</b>	<b>LIMA CENTRO</b>
<b>3° DOSIS</b>	<b>15/12/2021</b>	<b>PFIZER (FL3210)</b>	<b>LIMA CENTRO - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -</b>

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of issue: 13/09/2022, 8:01 pm