

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



**VACUNADO / VACCINATED**

Nombres y apellidos / Full name

**ANTONY JOSE GIL BEJAS**

Documento de Identidad / ID number

**CE: 004524476**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

**01/02/1986**

Sexo / Sex

**F**

Nacionalidad / Nationality

**PERU**

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>UCAYALI</b>
<b>2° DOSIS</b>	<b>23/03/2021</b>	<b>SINOPHARM (202012381)</b>	<b>UCAYALI</b>
<b>4° DOSIS</b>	<b>30/06/2022</b>	<b>ModernaTX (000339A)</b>	<b>LIMA NORTE - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -</b>

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

Fecha de Emisión / Date of issue: 07/11/2022, 2:53 pm