

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



**VACUNADO / VACCINATED**

Nombres y apellidos / Full name

**JOSE GONZALES MONTES DE OCA**

Documento de Identidad / ID number

**CE: 002025798**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

**26/10/1990**

Sexo / Sex

**M**

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
1° DOSIS	17/03/2021	SINOPHARM (2021010005)	LIMA SUR
2° DOSIS	09/04/2021	SINOPHARM (2021010005)	LIMA SUR
3° DOSIS	03/12/2021	ASTRAZENECA (77883)	LIMA SUR - I.E.F.A.P Manuel Polo Jiménez - LIMA LIMA SANTIAGO DE SURCO

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

Fecha de Emisión / Date of issue: 30/09/2022, 5:10 pm