



CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certificase que (nombre) Steven Gomez Tomas Nacido (a) el 22-12-1993 Sexo Masculino
 This is to certify that Date of birth
 Nacionalidad Argentina Documento de identificación N° 40.342.133
 Nationality Travel document N°
 Cuya firma aparece a continuación Whose signature follows
[Signature]

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
 In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA DATE	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1.	76 DIC 2022	<u>[Signature]</u> GOYENECHEA M.P. 139726 Enfermera	Stamail (U3D563U)		<u>[Stamp]</u> UNIVACACION MARI SANCHEZ
2.					

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certificase que (nombre) Steven Gomez Tomas Nacido (a) el 22-12-1993 Sexo Masculino
 This is to certify that Date of birth
 Nacionalidad Argentina Documento de identificación N° 40.842.133
 Nationality Travel document N°
 Cuya firma aparece a continuación Whose signature follows
[Signature]

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
 In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA DATE	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1.	76 DIC 2022	<u>[Signature]</u> GOYENECHE M.B. 19726 Enfermera	Stamail (U3D563U)		<u>[Stamp]</u> UNIVACACION MARI SANCHEZ
2.					



Ministerio de Salud
Argentina

Vacunación Covid-19/Covid-19 vaccination

Fecha/date: 26/12/2022



Vacunación COVID-19/ COVID-19 vaccination



Nombre y apellido / Surname and given name
CANCIO, JORGE JAVIER

Documento / ID Number
21480904

Fecha de nacimiento / Date of birth
30/04/1970

Esquema / Scheme
Vacunación completa



Ministerio de Salud
National Ministry of Health

**CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

Certificase que (nombre) **CANCIO LEILA NAYME** Nacido(a) el **10/09/1997** Sexo **Femenino**
 This is to certify that Date of birth Sex
 Nacionalidad **ARGENTINA** Documento de identificación n° **40663789**
 Nationality Travel document n°
 Cuya firma aparece a continuación
 Whose signature follows

En la fecha indicada ha sido vacunado(a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

..... **FIEBRE AMARILLA - YELLOW FEVER**
 De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional
 In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA DATE	FIRMA Y TITULO DEL VACUNADOR SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILACTICO Y N° DE LOTE MANUFACTURER AND BATCH NO. OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1 FIEBRE AMARILLA YELLOW FEVER	30/07/2014	 Dr. SILVIA AGATI MN: 66269 SALUDAD FRONTERAS MINISTERIO DE SALUD	STAMARIL J5375-1	10 AÑOS 10 YEARS	

**CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

Certificase que (nombre) **PAVON ANDREA CARINA**

This is to certify that

Nacionalidad **ARGENTINA**

Nationality

Cuya firma aparece a continuación

Whose signature follows

Nacido(a) el **23/08/1970** Sexo **F**

Date of birth



Documento de identificación n° **21788093**

Travel document n°

En la fecha indicada ha sido vacunado(a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

FIEBRE AMARILLA - YELLOW FEVER

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional
In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA DATE	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE MANUFACTURER AND BATCH NO. OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
FIEBRE AMARILLA YELLOW FEVER	25/07/2014	 Dra. SILVIA AGATTI M.N. 66289 CANC. CO. FRONTERAS MINISTERIO DE SALUD	STAMARIL J5375-1	10 AÑOS 10 YEARS	 REPÚBLICA ARGENTINA SANIDAD

PROF. 1219-1000075

3:40

🔔 🔊 📶 VoD LTE1 📶 80% 🔋



🔒 **Buscar en la Web**



Constancia de CUIL

Número de CUIL

27-21788093-4



Nombre

Andrea Carina

Apellido

PAVON

Número de DNI

21.788.093





Vacunación COVID-19/ COVID-19 vaccination



Nombre y apellido / Surname and given name
STEVEN GOMEZ, TOMAS AGUSTIN

Documento / ID Number
40847133

Fecha de nacimiento / Date of birth
22/12/1997

Esquema / Scheme
Vacunación completa



Ministerio de Salud
National Ministry of Health

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifcase que (nombre) Steven Gomez Tomas Nacido (a) el 22-12-1992 Sexo Masculino
This is to certify that
Nacionalidad Argentino Date of birth
Cuya firma aparece a continuacion Documento de identificacion N° 40.847.133
Whose signature follows Travel document N°

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS	FECHA	FIRMA Y TITULO DEL VACUNADOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILACTICO Y N° DE LOTE	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR
1.	96 DIC 2022	 Dr. P. F. 1012861 BOYENECHE - M.P. 582726 Enfermera	Stamasil (V3D563U) lote		 FUNDACION MAHATMA GANDHI
2.					



Ministerio de Salud
Argentina

Vacunación Covid-19/Covid-19 vaccination

Fecha/date: 23/11/2022



Vacunación COVID-19/ COVID-19 vaccination



Nombre y apellido / Surname and given name
CANCIO, AIXA NAHIARA

Documento / ID Number
43671496

Fecha de nacimiento / Date of birth
06/11/2001

Esquema / Scheme
Vacunación completa

Ministerio de Salud
National Ministry of Health



Certificado vacunación COVID-19



Vacunación COVID-19/ COVID-19 vaccination



Nombre y apellido / Surname and given name
CANCIO, LEILA NAYME

Documento / ID Number
40663789

Fecha de nacimiento / Date of birth
10/09/1997

Esquema / Scheme
Vacunación completa

Ministerio de Salud
National Ministry of Health

