| VACUNA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| TRIPLEVIRAL | 1 | 07 DIC 2021 | PRIORIX L A69CF182A 30/5/2022 | IPS MUNDO SALUD |
| | 2 | | | 5 AÑOS |
| HEPATITIS B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |
| HEPATITIS A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VARICELA | 1 | | | |
| | 2 | | | |

No. 18503

| VACUNA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| NEUMO COCO | 1 | | | |
| FIEBRE AMARILLA | 1 | | | |

Escaneado con CamScanner

| VACUNA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| FIEBRE TIFOIDEA | 1 | | | |
| MENINGO COCO | | | | |
| DPT ACELULAR | | | | |
| HERPES ZOSTER | | | | |
| [illegible] | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | R | | | |
| OTRAS | | | | |
| | | | | |

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

IPS Mundo Salud Medical Group

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

18503

NOMBRE: CESAR CAMILO LUGO

IDENTIFICACIÓN: 80 161 822 SEXO: M

FECHA DE NACIMIENTO: 14-03-83 TEL.: 312 363 7090

696 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Calle 27 sur No. 19-02 Barrio Olaya

Escaneado con CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 30-03-15 | | |
| | 2 | 10-06-15 | | |
| | 3 | 10-12-15 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Escaneado con CamScanner

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 la Protección Social**
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

## Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| **Nombres:** | Cesar Camilo |
| **Apellidos** | Lugo |
| **Documento de Identidad:** | CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 80161822 |
| **Fecha de Nacimiento:** | Día: 13 Mes: 03 Año: 1983 |

Escaneado con CamScanner

# Certificado de Vacunación

Institución: C/A MARICHUELA

Nombre: CESAR HUGO

Identificación: 80161621 Tel: _____

| Vacuna | Dosis/Fecha | | | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B(Mono) | 1 30-03-15 | 2 10-06-15 | 3 10-12-15 | | |
| Hepatitis B(Multi) | 1 | 2 | 3 | | |
| DT/TT (Mono) | 1 | 2 | 3 | | |
| DT/TT (Multi) | 1 | 2 | 3 | | |

JRP. MARICHUELA

Escaneado con CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | ZGN0063895 2021 | 01-2022 | 055779 |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Escaneado con CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | La salud es de todos | Minsalud |

# Certificado de vacunación del adulto

Nombres: CESAR CAMILO

Apellidos: JUGO

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No 80.161.822

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 03 Año 1983

Escaneado con CamScanner