

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	26/Jun/2018	AH3XG-5A9		
	2 DOSIS	31/Ago/2018	UXT8004		
	3 DOSIS	04 OCT. 2018	UXT8004		
	REFUERZO				
VARICELA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
DPTA	1 DOSIS				
NOMBRE: Sonia Obando Cando					

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1 DOSIS	30/MAR/2009			
	2 DOSIS	30/ABR/2009			
	3 DOSIS	04/MAY/2009			
	1 REFUERZO	04 OCT. 2018	Be 221502063		
TOXOIDE TETANICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
HEPATITIS A	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	08 FEB. 2020	PRIORIX LA69CE883B V.10/2020		

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRABICA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
	4 DOSIS				
VPH	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
INFLUENZA					



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com

RUTA 500-174-005-3
CENTRO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 11004177000

NOMBRES: Sonia Marcela Obando
DOCUMENTO: 1033722455 TEL:

CHAFINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

PBX 749 53 41

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com