

Este carné es válido en Colombia  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,  
solicite su transcripción en los sitios autorizados.

*Libertad y Orden*

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Yamile Andrea**  
Apellidos: **Maya Suesca**  
Documento de identidad: C.C. **XII** Pasaporte No. **1018437871**  
Fecha de nacimiento: Día **13** Mes **09** Año **1990**

| Biológico          | Dosis | Fecha       | Fabricante y Lote | Firma         |
|--------------------|-------|-------------|-------------------|---------------|
| Sarampión Rubéola  | 1     | 21 NOV 2011 | 012M90 011A       | <i>Yamile</i> |
|                    | 1     |             |                   |               |
| Toxoide Tetánico   | 2     |             |                   |               |
| Difterico          | 3     |             |                   |               |
| Td                 | 4     |             |                   |               |
|                    | 5     |             |                   |               |
| Contra Hepatitis B | 1     |             |                   |               |
|                    | 2     |             |                   |               |
|                    | 3     |             |                   |               |

| Biológico              | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma |
|------------------------|-------|----------|-------------------|-------|
| Contra Fiebre Amarilla |       |          |                   |       |
|                        |       | 24-09-12 | 1203728           |       |
| Contra Influenza       |       |          |                   |       |
| Otras                  |       |          |                   |       |

Este carné es válido en Colombia  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación  
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Yamile Andrea**  
Apellidos: **Maya Suesca**  
Documento de identidad: C.C. **XII** Pasaporte No. **1018437871**  
Fecha de nacimiento: Día **13** Mes **09** Año **1990**

| Biológico          | Dosis | Fecha       | Fabricante y Lote | Firma           |
|--------------------|-------|-------------|-------------------|-----------------|
| Sarampión Rubéola  | Única |             |                   |                 |
|                    | 1     |             |                   |                 |
| Toxoide Tetánico   | 2     |             |                   |                 |
| Difterico          | 3     | 07/sep/2011 | 024190070         | <i>Cormenza</i> |
| Td                 | 4     | 11/08/2012  | 06115             | <i>Cormenza</i> |
|                    | 5     | 28-08-13    | EL408070          | <i>Luz</i>      |
| Contra Hepatitis B | 1     |             |                   |                 |
|                    | 2     |             |                   |                 |
|                    | 3     |             |                   |                 |

| Biológico              | Fecha       | Fabricante y Lote | Validez | Firma           |
|------------------------|-------------|-------------------|---------|-----------------|
| Contra Fiebre Amarilla | 03/sep/2011 | 65005-1           |         | <i>Cormenza</i> |
|                        |             | 01737744          |         |                 |
| Contra Influenza       | 03/sep/2011 | 311121204         |         | <i>Cormenza</i> |
|                        | 21-09-12    | 1203728           |         | <i>Luz</i>      |
|                        | 28-08-13    | 67727             |         | <i>Luz</i>      |
| Otras                  |             |                   |         |                 |

Cra 4 Este No. 24-65 Chia-Cundinamarca/Tel: 8614274-3005594498

## LABORATORIO CLINICO

FECHA RECEPCION: Noviembre 24 2021

Hora de recepción: 5:00 PM

Fecha de Impresión: Noviembre 26 de 2021

Hora de Impresión: 17:30 PM

Fecha de Validación: Noviembre 25 de 2021

NOMBRE DEL PACIENTE:

**MOYA SUESCA YAMILE ANDREA**

CC: 1018437871

Género: F

EXAMEN SOLICITADO: ANTIHBs

---

---

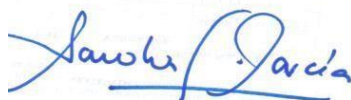
| <u>EXAMEN</u>                            | <u>RESULTADO</u> | <u>UNIDADES</u> |
|------------------------------------------|------------------|-----------------|
| HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE | MAYOR DE 1000.0  | mUL/MI          |

### VALORES DE REFERENCIA

No Reactivo: Menor de 9.0 mUL/MI

Indeterminado: DE 9.0 a 11.0 mUL/MI

Reactivo: Mayor de 11.0 mUL/MI



SANDRA J. GARCIA GOMEZ.

BACTERIOLOGA U.J.

Registro: 1792



Hospital Universitario Clínica San Rafael  
LABORATORIO CLÍNICO DIAGNÓSTICO Y MOLECULAR

|                   |                                     |                       |                                   |                      |                                                                                     |       |    |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| Orden:            | 0000012676                          | Consecutivo:          | 1638441                           | Médico:              | N/A                                                                                 |       |    |
| Paciente:         | 1706299 - MOYA SUESCA YAMILE ANDREA | Años:                 | 26                                | Meses:               | 4                                                                                   | Días: | 13 |
| Identificación:   | CC: 1018437871                      | Sexo:                 | Femenino                          | Teléfono:            | 0913637370                                                                          |       |    |
| Historia Clínica: | 0                                   | Vale:                 | 15262939                          | Autorización:        |  |       |    |
| Ubicación:        |                                     |                       |                                   |                      |                                                                                     |       |    |
| Tipo Paciente:    | APOYO                               | Convenio:             | PARTICULAR                        |                      |                                                                                     |       |    |
| Servicio:         | N/A                                 | FechaHora de Entrada: | 26/01/2017 11:32                  | FechaHora de Salida: | 08/02/2017 09:38                                                                    |       |    |
| ESTUDIO           | RESULTADO                           | UND                   | INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA |                      |                                                                                     |       |    |

### AREA REMISION 1

#### VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IgG

RESULTADO:

POSITIVO 17.8

Observación:

VALOR DE REF:

NEGATIVO MENOR DE 9.0

BORDERLINE: DE 9.0--11.0

POSITIVO MAYOR DE 11

KEYCOO: IMCROMENSAYO ENZIMATICO ELA

ES COPIA DEL REPORTE DEL LAB DE REF