

VACUNA	DOSES REFERIDO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
HEPATITIS B	1 DOSES 03581009	01 MAR 2012	Inmunosalud	
	2 DOSES 03581009	03 ABR 2012	Inmunosalud	
	3 DOSES 03581009	03 MAY 2012	Inmunosalud	
	4 DOSES 03581009	26 JUN 2012	Inmunosalud	
HEPATITIS A	1 DOSES			
	2 DOSES			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT 900174965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 410011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: Diana Carolina Peña Rodríguez

DOCUMENTO: 104 250 307

TELÉFONO:

VACUNA	DOSES REFERIDO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACINADOR
TETANICO	1 DOSES		23 Feb 2012	Colsubsidio
DIFTERIA	2 DOSES		2 Abril 2012	Colsubsidio
	1 DOSES		23 Ago 2013	Colsubsidio
	1 DOSES		22 NOV 2014	Colsubsidio
TRIPLE VIRAL	REFERIDO			
	1 DOSES			
	2 DOSES			

AC37B158CA
09-2016

boostrix™
LOT/EXP:

PBX:
211 9289
Cel:310 237 1397

SEDE RESTREPO
Carretera 17 No. 15-46 sur local 305

SEDE PRINCIPAL
Carretera 15 No. 51-14 Piso 2

inmunosalud@etb.net.co
www.inmunosalud.com

**Inmunosalud**
Cód. de Registro: 11-00177798-0112
VACUNACIÓN
Atendido por Secretaría Departal de Salud

**VIGILADO**
SuperSAM
Superintendencia del Medio Ambiente


Registro Civil

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación		Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita		Nombre del Vacunador
			Día	Mes				Día	Mes	
Nacimiento	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
	Tuberculosis B.C.G.	Única								
2 Meses	Hepatitis B	Recién nacido								
	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
4 Meses	Polio (Oral - IM)	1ª								
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Toserferina - Tétano (DPT)	1ª								
6 Meses	Rotavirus	1ª								
	Neumococo	1ª								
8 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
	Polio (Oral - IM)	2ª								
10 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserferina - Tétano (DPT)	2ª								
	Rotavirus	2ª								
12 Meses	Neumococo	2ª								
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.									
14 Meses	Polio (Oral - IM)	3ª								
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserferina - Tétano (DPT)	3ª								
16 Meses	Influenza	1ª								
	Influenza	2ª								
18 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª								
	Fiebre Amarilla	1ª								
20 Meses	Neumococo	Refuerzo								
	Influenza	Anual								
22 Meses	Hepatitis A	ÚNICA								
	Difteria - Toserferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo								
24 Meses	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo								
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo								
26 Meses	Difteria - Toserferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo								
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo								
28 Meses	VPH	1ª								
	VPH	2ª								
30 Meses	VPH	3ª								

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Estas vacunas son gratuitas

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	01-04-21	PFIZER	En 1195 V:06-2021	Virrey SOLIS C/198	YINA CAICEDO	1016-659.420
	2	07 MARZO 2021	PFIZER	EP449	PROYECTAR SALUD S.A.S	Neel Marino Salamanca	1018509996


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

DIANA CAROLINA

Apellidos:

PEÑA RODRIGUEZ

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1.014.250.307

Fecha de
nacimiento:

Día 27 Mes 12 Año 1993