

do en Colombia
ar a zonas de riesgo

velo

Internacional de Vacunación
en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Jimena Isabel**

Apellidos: **Puentes Quica**

Documento de identidad: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte No. **1049629642**

Fecha de Nacimiento: Día **06** Mes **05** Año **1992**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	27 NOV 2015	OZUKIOISBoc	
	2	14 ENE 2015	OZUKIOISBoc	
	3	24 JUL 2015	OZUKIOISBoc	
	4	24 MAY 2017	OZUKIOISBoc	
	5	24 MAY 2017	OZUKIOISBoc	
Contra Hepatitis B	1	14 ENE 2015	1434019	
	2	09 MAR 2015	1434019	
	3	12 MAY 2015	1434019	
	R	20 ENE 2016	1434021	

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
	4 DOSIS				
VPH	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
INFLUENZA	24 OCT 2015	25609167C			
influenza	14 JUL 2020	0381AD			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

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

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES: **Jimena Isabel Puentes Quica**

DOCUMENTO: **1.049 629.642** TEL:

CHAPINERO 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

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
VARICELA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
DPTA	1 DOSIS				
NOMBRE	Jimena Isabel Puentes				

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
HEPATITIS A	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS				
	14 JUL 2020	A69CE989A			

SEÑOR PADRE DE FAMILIA :

- Conserve este carnet y llévelo siempre que vaya a un Organismo de Salud.
- Recuerde que vacunando a sus hijos, evitará que enfermen o mueran.
- La VACUNACION es gratuita.

NIÑOS SANOS para
una COLOMBIA mejor.

SERVICIO SECCIONAL
DE
SALUD DE BOYACA

PROGRAMA AMPLIADO
DE INMUNIZACION

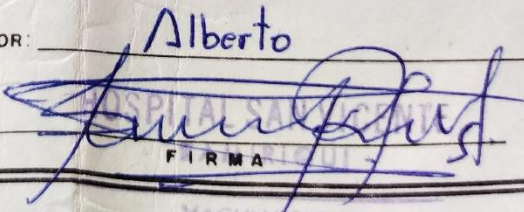
CARNET DE VACUNACION

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

SIS-153 (R-90)

REGISTRO INDIVIDUAL É VACUNACION

INSTITUCION U ORGANISMO: Hospital San Vicente
NOMBRE DEL VACUNADO: Jimena Isabel Puentes
FECHA DE NACIMIENTO: 6 MES: Mayo AÑO 92.
MUNICIPIO: Tunja.

TIPO DE BIOLÓGICO	1a. DOSIS	2a. DOSIS		3a. DOSIS		DOSIS ADICIONAL	
	FECHA	FECHA		FECHA		R. N.	OTROS
	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	FECHA	FECHA
Antipolio							
D. P. T.	28-07-92	28-08-92	18-09-92		18-X-92	Junio-92	18-X-95
T. T.							
Antisaramp.	18-11-93	NOMBRE DEL VACUNADOR: <u>Alberto</u>  FIRMA					
B. C. G	Junio-92						
Antiamarillo.							

VACUNACION