

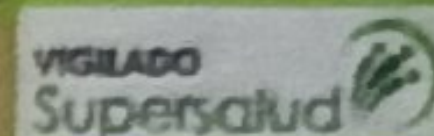
VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
	4 DOSIS				
VPH	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
INFLUENZA					



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com



NIT: 900.174.965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES: Melida Tierradentro Cruz

DOCUMENTO: 7023868686 TEL:

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

PBX 601 749 53 41

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

vacunastaniasalud@gmail.com - www.inmunosalud.com

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	17-04-2017	1434028		
	2 DOSIS	04-08-2020	0348Y015		
	3 DOSIS	13 ABR 2023	22GHB0008		
	REFUERZO	13 Mayo 2023			
VARICELA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
DPTA	1 DOSIS				
NOMBRE	Melida Tierradentro Cruz				

VACUNA	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
	1 REFUERZO				
TOXOIDE TETÁNICO	2 REFUERZO				
	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
HEPATITIS A	REFUERZO				
	1 DOSIS				
TRIPLE VIRAL	2 DOSIS				
	1 DOSIS				