

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía  
Número de identificación: 1233502847  
Nombres y Apellidos: TANIA LORENA GOMEZ RUBIO  
Fecha de nacimiento: 23/12/1998

| Vacuna                      | Dosis         | Fecha      | Nombre comercial  | Lote       | Institución vacunadora                     |
|-----------------------------|---------------|------------|-------------------|------------|--------------------------------------------|
| Anti - Rábica               | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Tercera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Cuarta dosis  |            |                   |            |                                            |
|                             | Quinta dosis  |            |                   |            |                                            |
| Antirrábica profiláctica    | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Tercera dosis |            |                   |            |                                            |
| BCG                         | Única         |            |                   |            |                                            |
| COVID - 19                  | Primera dosis | 06/04/2021 | Pfizer            | ER1742     | HOSPITAL SANTA CLARA                       |
|                             | Segunda dosis | 28/04/2021 | Pfizer            | ER9449     | HOSPITAL EL TUNAL                          |
| DPT                         | Única         |            |                   |            |                                            |
| DPT Acelular                | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Tercera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Cuarta dosis  |            |                   |            |                                            |
|                             | Quinta dosis  |            |                   |            |                                            |
|                             | Refuerzo      |            |                   |            |                                            |
|                             | Única         |            |                   |            |                                            |
| Fiebre amarilla             | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Refuerzo      |            |                   |            |                                            |
| Fiebre tifoidea             | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |
| Hepatitis A                 | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |
| Hepatitis A, Hepatitis B    | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Tercera dosis |            |                   |            |                                            |
| Hepatitis B                 | Primera dosis | 08/10/2020 | Recombax B        |            |                                            |
|                             | Segunda dosis | 04/12/2020 | Recombax B        |            |                                            |
|                             | Tercera dosis | 16/02/2021 | Engerix B Adultos | AHBVC877AB | UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO |
|                             | Refuerzo      | 08/10/2021 | Recombax B        | UFX20008   | UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis |            |                   |            |                                            |
|                             | Segunda dosis |            |                   |            |                                            |

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía  
Número de identificación: 1233502847  
Nombres y Apellidos: TANIA LORENA GOMEZ RUBIO  
Fecha de nacimiento: 23/12/1998

|                             |               |            |                              |           |                                                                     |
|-----------------------------|---------------|------------|------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|
| Hepatitis B segundo esquema | Tercera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Influenza                   | Única         |            |                              |           |                                                                     |
| Meningococo                 | Única         |            |                              |           |                                                                     |
| Meningococo Conjugado       | Única         |            |                              |           |                                                                     |
| Meningococo Polisacárido    | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
| Neumo Conjugado             | Única         |            |                              |           |                                                                     |
| Neumo Polisacárido          | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Neumococo                   | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Neumococo Trece valente     | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Sarampión y Rubéola         | Adicional     | 23/05/2022 | Sarampión -Rubéola           | 0129W237  | GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE |
| Td                          | Primera dosis | 22/08/2022 | Toxoide Tetánico y diftérico | 2331L011C | UPA 1 DE MAYO                                                       |
|                             | Segunda dosis | 23/09/2022 | Toxoide Tetánico y diftérico | 2331L024B | UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO                          |
| Toxoide Tetánico            | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Segunda dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Tercera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Cuarta dosis  |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Quinta dosis  |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Toxoide Tetánico Diftérico  | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Segunda dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Tercera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Cuarta dosis  |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Quinta dosis  |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Triple viral                | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
| Varicela                    | Primera dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Segunda dosis |            |                              |           |                                                                     |
|                             | Refuerzo      |            |                              |           |                                                                     |
| Varicela + Triple Viral     | Única         |            |                              |           |                                                                     |

Datos del Vacunado

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía     |
| Número de identificación: | 1233502847               |
| Nombres y Apellidos       | TANIA LORENA GOMEZ RUBIO |
| Fecha de nacimiento:      | 23/12/1998               |

|                  |               |  |  |  |  |
|------------------|---------------|--|--|--|--|
| VPH Bivalente    | Primera dosis |  |  |  |  |
|                  | Segunda dosis |  |  |  |  |
|                  | Tercera dosis |  |  |  |  |
| VPH Nona Valente | Primera dosis |  |  |  |  |
|                  | Segunda dosis |  |  |  |  |
|                  | Tercera dosis |  |  |  |  |
| VPH Tetravalente | Primera dosis |  |  |  |  |
|                  | Segunda dosis |  |  |  |  |
|                  | Tercera dosis |  |  |  |  |

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.*



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Tania Iopeta

Apellidos:

Gonzalez Rubio

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I.

Pasaporte

No. 1233 502 847

Fecha de  
Nacimiento:

Día. 23

Mes. 12

Año. 1940

| Biológico                                | Dosis | Fecha       | Fabricante y Lote | Firma |
|------------------------------------------|-------|-------------|-------------------|-------|
| Sarampión<br>Rubéola                     | Única |             |                   |       |
| Fiebre<br>amarilla                       | Única |             |                   |       |
| Toxoide<br>Tetánico<br>Diftérico<br>(Td) | 1     |             |                   |       |
|                                          | 2     |             |                   |       |
|                                          | 3     |             |                   |       |
|                                          | 4     |             |                   |       |
|                                          | 5     |             |                   |       |
| Contra<br>Hepatitis B                    | 1     | 08 OCT 2020 | UFM9002           | per @ |
|                                          | 2     | 04 DIC 2020 | UFM9007           | per @ |
|                                          | 3     | 16 FEB 2021 | UFM9008           | per @ |

| Biológico      | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|----------------|-------|-------|-------------------|-------|
| VPH            | 1     |       |                   |       |
|                | 2     |       |                   |       |
|                | 3     |       |                   |       |
| Anti<br>rábica | 1     |       |                   |       |
|                | 2     |       |                   |       |
|                | 3     |       |                   |       |
|                | 4     |       |                   |       |
|                | 5     |       |                   |       |
| Influenza      | Anual |       |                   |       |
| Otras          |       |       |                   |       |
| salud          |       |       |                   |       |

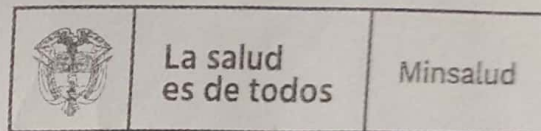
REF: 8 OCT 2021 UFM9009 C. Beltrán

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.

**La salud es de todos**



**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres:

Tania Lora

Apellidos:

Gomez. Roberto

Documento  
de identidad:

C.C.

☒ T.I.

Pasaporte

No.

1233002847

Fecha de  
nacimiento:

Día

23.

Mes

12

Año

1998.

| Biológico                            | Dosis | Fecha              | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|--------------------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |                    |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |                    |                   |                                    |
| Toxoide Tetánico -<br>Diftérico (Td) | 1     | 22 09 2022         | 233110110310324   |                                    |
|                                      | 2     | 23 SEP. 2022       | 233110290-7124    |                                    |
|                                      | 3     | Cita: 23 Mar 20 22 |                   |                                    |
|                                      | 4     |                    |                   |                                    |
|                                      | 5     |                    |                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |                    |                   |                                    |
|                                      | 2     |                    |                   |                                    |
| VPH                                  | 1     |                    |                   |                                    |
|                                      | 2     |                    |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B          | 1     |       |                   |                                    |
|                      | 2     |       |                   |                                    |
|                      | 3     |       |                   |                                    |
| Antirrábica          | 1     |       |                   |                                    |
|                      | 2     |       |                   |                                    |
|                      | 3     |       |                   |                                    |
|                      | 4     |       |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual |       |                   |                                    |
| Otras                |       |       |                   |                                    |
|                      |       |       |                   |                                    |
|                      |       |       |                   |                                    |

TANIA LOIENA

| MIS VACUNAS<br>ME PREVIENEN<br>CONTRA             | EDAD                       | NÚMERO<br>DE DOSIS       |
|---------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Tuberculosis (BCG)                                | Recién Nacido              | Una                      |
| Hepatitis B                                       | Recién Nacido              | 1ª                       |
|                                                   | 2º mes                     | 2ª                       |
|                                                   | 4º mes                     | 3ª                       |
| \$26/99<br>Polio                                  | 2º mes                     | 1ª                       |
|                                                   | 3º mes                     | 2ª                       |
|                                                   | 4º mes                     | 3ª                       |
| Difteria<br>Tétanos (D.P.T.)<br>Tosferina         | 2º mes                     | 1ª                       |
|                                                   | 3º mes                     | 2ª                       |
|                                                   | 4º mes                     | 3ª                       |
| Sarampión (triple<br>Rubeola<br>Paperas<br>viral) | 1 año                      | Una                      |
| Haemophilus<br>Influenzae (Hib)                   | 2º mes                     | 1ª                       |
|                                                   | 4º mes                     | 2ª                       |
|                                                   | 6º mes                     | 3ª                       |
| Sarampión                                         | Grupos de riesgo           |                          |
| Fiebre amarilla                                   | A partir de<br>los 6 meses | Para zonas<br>selváticas |

GÓMEZ RUBIO

| FECHA DE<br>APLICACIÓN | REFUERZOS<br>FN23-12-98 | FECHA DE<br>APLICACIÓN<br>DEL REFUERZO |
|------------------------|-------------------------|----------------------------------------|
| \$26/99                | No                      |                                        |
| \$26/99                | No                      |                                        |
| 18-06-99               |                         |                                        |
| 14-01-2000             | 1º 18 meses             | 25-08-2000                             |
| 20-08-99               | 2º 5 años               | 27-1-04                                |
| 18-06-99               | 1º 18 meses             | 25-08-2000                             |
| 20-08-99               | 2º 5 años               | 27-1-04                                |
| 14-01-2000             | 5 años                  | 27-1-04                                |
| 18-06-99               | No                      |                                        |
| 280602                 | Una adicional           |                                        |
|                        | Cada 10 años            |                                        |
| 25-06-99               |                         |                                        |