

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

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

NI: 900-174-965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

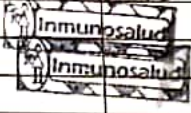
NOMBRES: CARMEN MARCELA CUESTA POVEDA

DOCUMENTO: 52884037 TEL:

SEDE PRINCIPAL Cra. 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.
SEDE RESTREPO Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

PBX 749 53 41 - 278 7799 - Cel. 310 237 1397

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	10/JUN/2015	12EX14003		Transcinto
	2 DOSIS	29/SEP/2016	1434025		
	3 DOSIS	28/OCT/2016	1434025		
	REFUERZO				
VARICELA	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
OPTA	1 DOSIS				
NOMBRE CARMEN MARCELA RUSSIN POVEDA					

VACUNA	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
HEPATITIS A	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO	1 DOSIS	10/JUN/2015	14081	Transcinto	HP
	2 DOSIS	10 FEB 2016	2388004NE	28-02-16	Wani H
	3 DOSIS	10 Agosto 2020			
REFUERZO	1				
	2				