

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.

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: **Paola Liliana**
Apellidos: **Yaquara Mino**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **52805038**
Fecha de Nacimiento: Día **21** Mes **06** Año **1981**

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.

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: **Paola Liliana**
Apellidos: **Yaquara Mino**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **52805038**
Fecha de Nacimiento: Día **21** Mes **06** Año **1981**

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **PAOLA YA GUARA**
Apellidos:
Documento de identidad: CC ☒ TI ☐ PASA ☐ PORTE ☐ No. **52805038**
Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año:

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Paola Liliana**
Apellidos: **Yaquara Mino**
Documento de identidad: CC ☒ TI ☐ PASA ☐ PORTE ☐ No. **52805038**
Fecha de Nacimiento: Día: **21** Mes: **06** Año: **1981**