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**

La salud es de todos | Minsalud

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana Marcela

Apellidos: Garcia Hernandez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1098661787

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 04 Año 1998.

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 26-10-2009. | | |
| | 2 | 27-02-2015 | | |
| | 3 | 24-04-2023 233160216 Vencimiento. | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | 18-04-2014. | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| Antirrábica | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| Influenza estacional | | Anual | | | |
| Otras | Varicela | | 27-02-2015 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana Marcela

Apellidos: Gamba Hernandez

Documento de identidad: CC CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1098661787

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 09 Año 1988

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubeola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| VPH | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| Influenza estacional | | Anual | 22-08-23 | 2300469924 | S-PO clinica Loaiza |
| | | Anual | | | |
| Covid 19 | | 1ª | | | |
| | | 2ª | | | |
| | | 1er Ref. | | | |
| | | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CARNET DE VACUNACIÓN

NIT 41790614-6 CÓDIGO PRESTADOR 110010985301

| | |
|---|---|
| Nombre: | Diana Marcela |
| Dirección: | Gamba Hernandez |
| Teléfono: | |
| H.C.: | 1098661787 |
| Entidad Vacunadora | Mendel Gonyoca |


CIOTOSCANA

SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

TRANSV. 21A N° 21A - 26 SUR CONS. 302 - CEL: 311 587 95 91
Tel: 601 722 31 54 Barrio Restrepo - Bogotá D.C. - Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com


| OTRAS | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a. | | | |
| HEPATITIS B | 2a. | | | |
| HEPAVAX GENE | 3a. | 24-02-2023 | 2264D0005 | |
| | | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA AGRIPAL S I | 1 | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA | 1 | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS A EPAXAL* | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| TRIPLE VIRAL MORUPAR* | 1 | | | |

| OTRAS | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a. | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Súmale puntos a la vida, **vacúnate y previene.**

Ingresa a **profamilia.org.co** - Línea nacional **01 8000 110 900**

**Profamilia**

# Certificado Nacional de vacunación

**Súmale puntos a la vida**

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Diana Marcela Gamba Hernandez |
| **No. Documento** | 1098661787 **Fecha nacimiento** 12-09 88 |
| **Teléfono/Celular** | 1098661787 |

**Súmale puntos a la vida,** vacúnate y previene.

Hepatitis B

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 Dosis | 03 OCT 2022 | Delta 220500322C | Paula E |
| 2 Dosis | 13 DIC 2022 | 220500422F | Evelyn W |
| 3 Dosis | 03 Abril 23 | | |
| 1 Dosis | | | |
| 2 Dosis | | | |
| 3 Dosis | | | |
| 1 Dosis | | | |
| 2 Dosis | | | |
| 3 Dosis | | | |
| 1 Dosis | | | |
| 2 Dosis | | | |
| 3 Dosis | | | |
| 1 Dosis | | | |
| 2 Dosis | | | |
| 3 Dosis | | | |

Powered by CamScanner