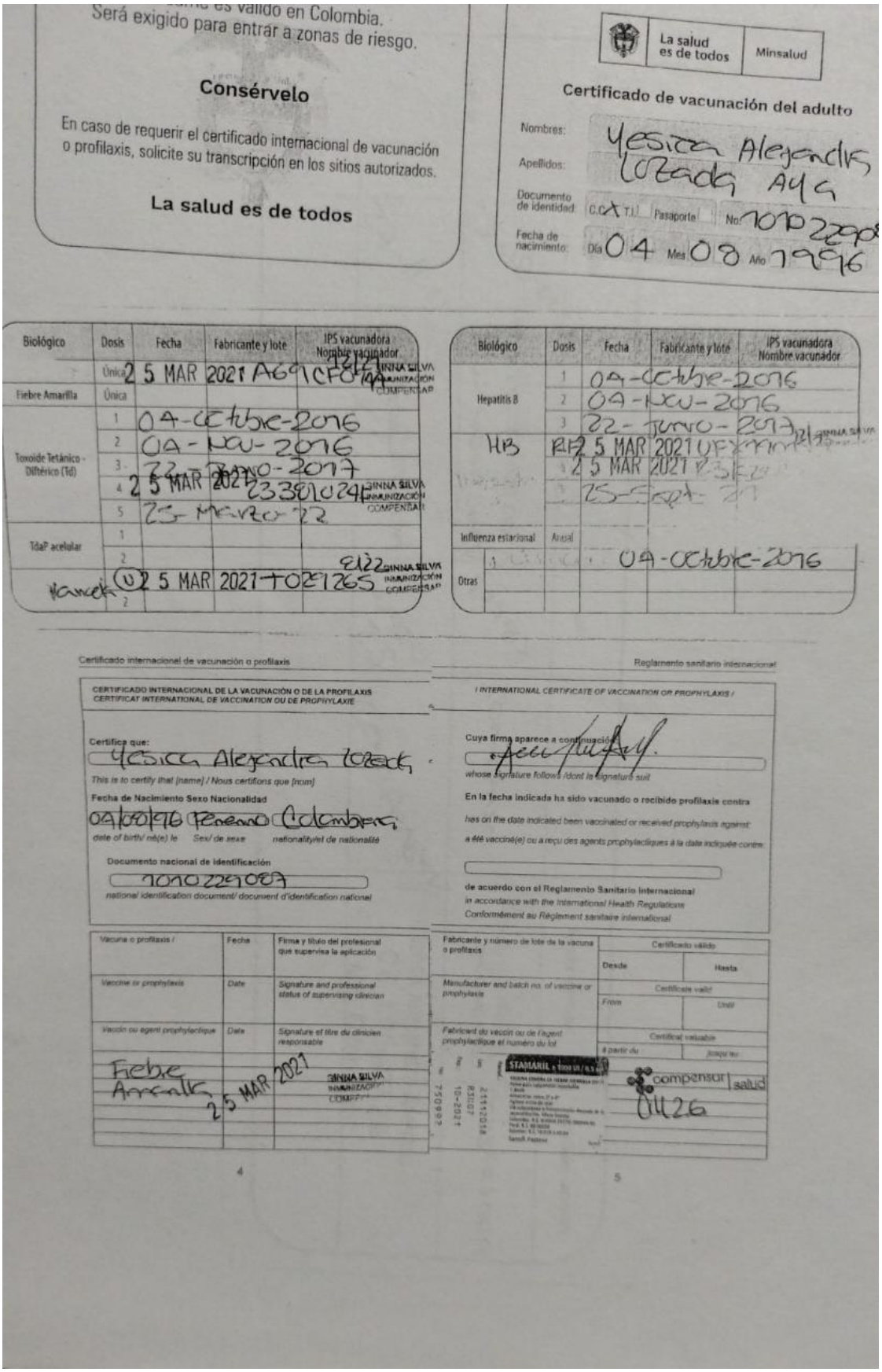


es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

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: Yesica Alejandra
Apellidos: Lozada Ayala
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No: 1010229
Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 08 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Fiebre Amarilla	Única	25 MAR 2021	A69CF0	SINNA SILVA INMUNIZACIÓN COMPENSAR
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	04-Octubre-2016		
	2	04-Nov-2016		
	3	22-Junio-2017		
	4	25 MAR 2021	233010	SINNA SILVA INMUNIZACIÓN COMPENSAR
	5	25-Marzo-22		
TdaP acelular	1			
	2			
Yellow Card	U 2	25 MAR 2021	T029265	SINNA SILVA INMUNIZACIÓN COMPENSAR

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	04-Octubre-2016		
	2	04-Nov-2016		
	3	22-Junio-2017		
HB	RF	25 MAR 2021	UFX	SINNA SILVA
		25 MAR 2021		
		25-Sept-21		
Influenza estacional	Anual			
Otras	1		04-Octubre-2016	

Certificado internacional de vacunación o profilaxis — Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifico que:
Yesica Alejandra Lozada
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
04/08/96 Femenino Colombiana
date of birth/ né(e) le — Sex/ de sexe — nationality/el de nationalité

Documento nacional de identificación
1010229089
national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:
whose signature follows /dont la signature suit

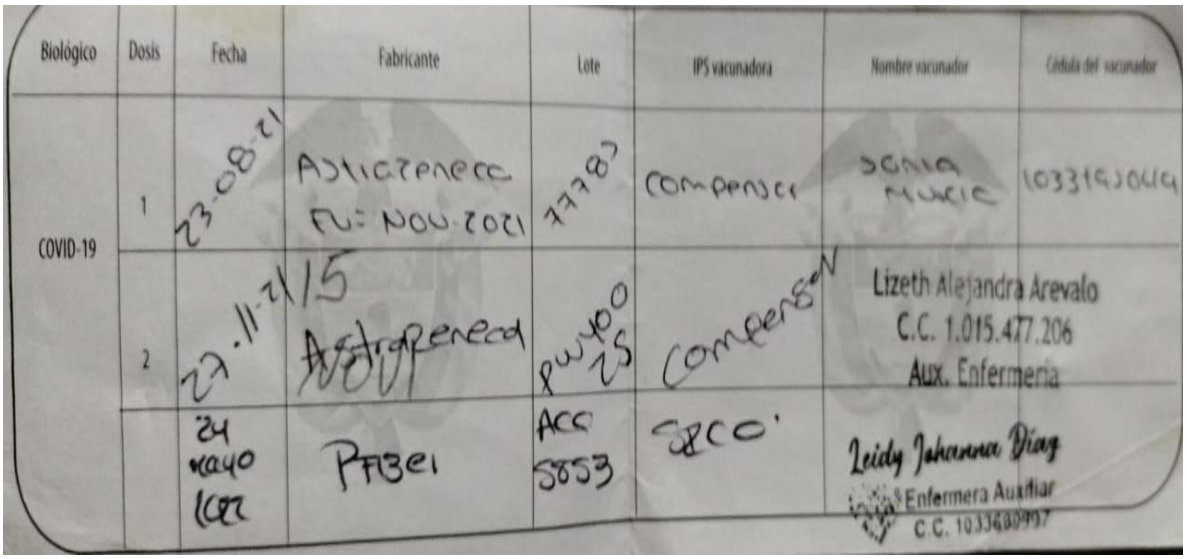
En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis / Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha / *Date*	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician / Signature et titre du clinicien responsable*
Fiebre Amarilla	25 MAR 2021	SINNA SILVA INMUNIZACIÓN COMPENSAR

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis / Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot*	Certificado válido / *Certificate valid / Certificat valuable*	
	Desde / *From / A partir du*	Hasta / *Until / Jusqu'au*
STAMARIL 750092 10-2021 R3007 21412018 Sanofi Pasteur	compensar salud 0126	

4 5



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-08-21	AstraZeneca FU: NOV-2021	777983	Compensar	SONIA MUNCIE	1033693044
	2	27-11-21/5	~~AstraZeneca~~ NOVAVAX	PWY00 25	Compensar	Lizeth Alejandra Arevalo C.C. 1.015.477.206 Aux. Enfermeria	
		24 mayo 1087	PFIZER	ACC 5853	SBCO.	Leidy Johanna Diaz Enfermera Auxiliar C.C. 1033689997	