VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA		17 DIC 2020		265856	A1A	
Fiebre		Amarilla	07-04-2019		P3E3E1	

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2
Tasa Salud Ajustada por Secretaría Distrital de Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

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

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117798[illegible]

NOMBRES: Bayron Alexander Alonso

DOCUMENTO: 1019 133 798 TEL:

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.
PBX 749 53 41
Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246
inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	08-07-2016		1434074		
	2 DOSIS	25-02-2017		1434078		
	3 DOSIS	30-07-2019		QFX18008		
	REFUERZO					
VARICELA	1 DOSIS	17 DIC 2020		5032877		
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
DPTA	1 DOSIS					
NOMBRE		Bayron Alexander Alonso				

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO					
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS	08-07-2016		5043T		
	2 DOSIS	25-02-2017		6097		
	3 DOSIS	30-07-2019		27080019H		
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	17 DIC 2020		AGCICG94M		