

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 52782087
Nombres y Apellidos: ANGELA JOHANNA NOVOA RAMIREZ
Fecha de nacimiento: 26/05/1981

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|-----------------------------|---------------|------------|------------------|----------|-----------------------------------------|
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| BCG | Única | | | | |
| COVID - 19 | Primera dosis | 04/03/2021 | Pfizer | EN1195 | CAMI II FONTIBON - CENTRO ESPECIALISTAS |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | 19/04/2019 | Fiebre Amarilla | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | 09/10/2018 | Havrix 1440 | | |
| | Segunda dosis | 17/04/2019 | Havrix 1440 | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 06/10/2020 | Recombax B | UFX19002 | CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S. |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Influenza | Única | | | | |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |

Datos del Vacunado

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 52782087 |
| Nombres y Apellidos | ANGELA JOHANNA NOVOA RAMIREZ |
| Fecha de nacimiento: | 26/05/1981 |

| | | | | | |
|----------------------------|---------------|------------|------------------------------|-------|-----------------------------------------|
| Neumo Conjugado | Única | | | | |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | | | | |
| | Adicional | | | | |
| Td | Segunda dosis | 12/12/2017 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Tercera dosis | 10/03/2018 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Cuarta dosis | 10/09/2015 | Toxoide Tetánico y diftérico | D2222 | CAMI II FONTIBON - CENTRO ESPECIALISTAS |
| | Quinta dosis | 08/10/2018 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | 12/12/2017 | Triple Viral | | |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | 10/03/2018 | VARIVAX | | |
| | Segunda dosis | 06/10/2018 | VARIVAX | | |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Nona Valente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Tetravalente | Primera dosis | | | | |

Institución vacunadora: 110011025902

Fecha de generación del carné: jueves, 27 de enero de 2022 02:20 p.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 52782087 |
| Nombres y Apellidos | ANGELA JOHANNA NOVOA RAMIREZ |
| Fecha de nacimiento: | 26/05/1981 |

| | | | | | |
|------------------|---------------|--|--|--|--|
| VPH Tetravalente | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

ANGELA JOHANA NOVOA RAMIREZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

52782087

Fecha nacimiento / Date of birth

26/05/1981

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3142155438

Correo electrónico / e-mail

cam5137@hotmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

EN1195

EN1195

-

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

-

Centro vacunador / Administering Center

Unidad de Servicios
de Salud Fontibón

USS LAURELES

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

04/03/2021

25/03/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

BURWJEYHCPX2ANQJ4574
5DY6TWE2G3MDANXP3AVJ
GARWCL5BOFQ

DJVV2ZHL4UZEKJHJPSNB
5OU53JZ7T7WRNV5FXOFV
OMWWLH66R4Q

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

17/02/2022

17/02/2022

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

[Ver certificado en MiVacuna](#)

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

[View certificate in MiVacuna](#)

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: **Angela Johana**

Apellidos: **Novoa Ramirez**

Documento de identidad: C.C. XCE P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: **52782087**

Fecha de nacimiento: Día **26** Mes **05** Año **1981**

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|----------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Tosxoides 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 | 20 NOV 2024 | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Olivia Perez
Aux. Enfermera
C.C. 37.389.885