Certificado internacional de vacunación o profilaxis

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

Certifica que:
Josua Rafael Gutierrez Calvozo

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento **Sexo** **Nacionalidad**

09 Sept 1997 | Masculino | Colombiano

date of birth/ nè(e) le | *Sexe/ de sexe* | *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
1088.884.317

national identification document/ document d'identification national

Vacuna o profilaxis /	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Signature et titre du clinicien responsable*
FA	23 JUN 2017	

4

Reglamento sanitario internacional

(INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS)

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:

Fiebre Amarilla

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

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido	
	Desde	**Hasta**
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	*Certificate valid*	
	From	*Until*
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	*Certificat valable*	
	A partir du :	*jusqu'au :*
TOMFLO 3E2	23 Mayo 17	Unico

SECRETARIA DE SALUD
DISTRITAL
Alcaldía de Santa Marta

5



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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jossua Rafael

Apellidos: Gutierrez Cardozo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1082884357

Fecha de Nacimiento: Día. 08 Mes. 09 Año. 1997



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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: JOSSUA RAFAEL

Apellidos: GUTIERREZ CARDOZO

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1082884357

Fecha de Nacimiento: Día. 08 Mes 09 Año. 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (1d)	1			
	2			
	3	18-07-19	TD2150154	
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3	16-07-19	CS X190005	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	18-07-19	T3A931V	
Otras	Mmr 73	16-07-19	X69[illegible]	
	1 DPTa	22-7-19		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	1-8-18	009M60072A	
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	1-8-18	D2299	
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3	1-8-18	1434033034	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras	HA	U	1-8-18	N029562
	VARICE	U	1-8-18	M043378
	TWP	U	1-8-18	K502180B

CARNET DE VACUNACIÓN

NOMBRE:						IDENTIFICACIÓN	
VACUNAS	BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA APLICACIÓN			LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD	MM	AA		
TITANO Td Dpta		1era	3	5	19	[redacted]	[redacted]
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2				[redacted]	
HEPATITIS B		1era	3	5	19	[redacted]	[redacted]
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
HEPATITIS A		1era					
		2da					
VARICELA		1era					
		2da					
MENINGITIS B,C		1era					
		2da					
MENINGITIS A,C Y W135		1era					
NEUMOCOCO		1era					
		2da					
TRIPLE VIRAL		1era					
FIEBRE TIFOIDEA		1era					
VPH		1era					
		2da					
		3era					
INFLUENZA		1era					
		Ref					
REFUERZOS		Ref					
		Ref					
OTRAS							

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 56
Callcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono:365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalusuarioips.sol@olimpuslab.com

Nombre	**GUTIERREZ CARDOZO JOSSUA RAFAEL**		Fecha de recepcion:	19-jul.-2019 4:30 pm	**7192994**
Identificacion	CC 1082884357	Sexo M	Fecha de impresion:		
Edad	31 Años 10 Meses 11 Dias	Tel. 3214816000	Empresa	PARTICULAR STA	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO **Metodo: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA**	1200.00	UI/L	
REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L **NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L**			

DRA. KAREN CANTILLO.

ANTIC ANTIVARICELA IGG **Metodo: INMUNOENSAYO ENZIMATICO (EIA)**	14.77		
VALORES DE REFERENCIA: NEGATIVO : < 9.0 DUDOSO: 9 -11 POSITIVO: > 11.0			

Armando González Brunal
Reg. 539
Universidad Metropolitana