

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

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres **HANCY JUDITH**  
Apellidos **BOYA FONTALVO**  
Documento de identidad C.C. X.T.I. Pasaporte No **36.697.513**  
Fecha de Nacimiento Día **15** Mes **11** Año **1979**

| Biológico                     | Dosis | Fecha      | Fabricante y Lote | Firma     |
|-------------------------------|-------|------------|-------------------|-----------|
| Sarampión Rubéola             | 1     | 25-6-15    | SENM 012A1-7186   | Guilherme |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1     | 02-9-13    | 0214310080        | Amfite    |
|                               | 2     | 27-10-13   | 10000             | Amfite    |
|                               | 3     |            |                   |           |
|                               | 4     |            |                   |           |
|                               | 5     |            |                   |           |
| Contra Hepatitis B            | 1     | 3 sep 2013 | 13018220014       | Ricardo   |
|                               | 2     | 4 nov 2013 | 13018220014       | Amfite    |
|                               | 3     |            |                   |           |
|                               | R     |            |                   |           |

| Biológico                | Dosis | Fecha   | Fabricante y Lote | Firma     |
|--------------------------|-------|---------|-------------------|-----------|
| Contra Fiebre Amarilla   |       | 02-9-13 | 12-01-00012       | Guilherme |
| Contra Influenza         |       |         |                   |           |
| Virus de Papiloma Humano |       |         |                   |           |
|                          |       |         |                   |           |
|                          |       |         |                   |           |