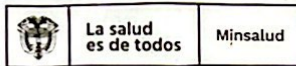


Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

### Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación  
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

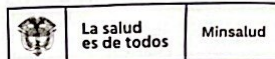


### Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Vidal Monces**  
Apellidos: **Rivera Cardenas**  
Documento de identidad: **C.C. X T.I.** Pasaporte No. **1065644273**  
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **09** Año **1992**



[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



### Certificado de vacunación

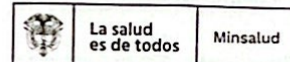
Nombres: **Vidael Monces**  
Apellidos: **Rivera Cardenas**  
Documento de identidad: **C.C. X T.I.** Pasaporte PEP otro cuál:   
No. **1065644273**  
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **09** Año **1992**

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.

**La salud es de todos**



### Certificado de vacunación del adulto

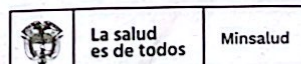
Nombres: **Vidael**  
Apellidos: **Rivera Cardenas**  
Documento de identidad: **C.C. X T.I.** Pasaporte No. **1065644273**  
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **09** Año **1992**

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.

**La salud es de todos**



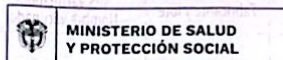
### Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Vidael Monces**  
Apellidos: **Rivera Cardenas**  
Documento de identidad: **C.C. X T.I.** Pasaporte No. **1065644273**  
Fecha de nacimiento: Día Mes Año

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.



### Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Vidael Monces**  
Apellidos: **Rivera Cardenas**  
Documento de identidad: **C.C. X CE PA CD SC PE PPT. DE**  
Número de documento: **1065644273**  
Fecha de nacimiento: Día **15** Mes **09** Año **1992**

| Biológico                            | Dosis | Fecha        | Fabricante y lote                 | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|--------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única | 21 ENE. 2021 | PRIORIX<br>A69CF094A<br>V.12/2022 |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |              |                                   |                                    |
| Toxoides Tetánico -<br>Diférico (Td) | 1     |              |                                   |                                    |
|                                      | 2     |              |                                   |                                    |
|                                      | 3     |              |                                   |                                    |
|                                      | 4     |              |                                   |                                    |
|                                      | 5     |              |                                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |              |                                   |                                    |
|                                      | 2     |              |                                   |                                    |
| VPH                                  | 1     |              |                                   |                                    |
|                                      | 2     |              |                                   |                                    |

| Biológico            | Dosis | Fecha    | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|-------|----------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B          | 1     |          |                   |                                    |
|                      | 2     |          |                   |                                    |
|                      | 3     |          |                   |                                    |
| Antirrábica          | 1     |          |                   |                                    |
|                      | 2     |          |                   |                                    |
|                      | 3     |          |                   |                                    |
|                      | 4     |          |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual | 19-01-20 | AFL8A4            | IPS UDS Im J                       |
| Otras                |       |          |                   |                                    |

| Biológico | Dosis | Fecha       | Fabricante | Lote                 | IPS vacunadora  | Nombre vacunador                                                         | Cédula del vacunador |
|-----------|-------|-------------|------------|----------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| COVID-19  | 1     | 2-3-21      | PFIZER     | EN1145               | Unites el Tonal | ONER TINO                                                                | 80370322             |
|           | 2     | 01-04-21    | PFIZER     | GR1942               | Unites Tonal    | John W. Acevedo                                                          |                      |
|           |       | 28 NOV 2021 | Moderna    | 017-1214<br>19-04-21 | Subred Sur      | Técnico en Salud<br>C.C. 79.698.368<br>Diego González<br>C.C. 1024587361 |                      |

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                                    |
| Toxoides Tetánico -<br>Diférico (Td) | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |
|                                      | 4     |       |                   |                                    |
|                                      | 5     |       |                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
| VPH                                  | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis | Fecha   | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|-------|---------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B          | 1     |         |                   |                                    |
|                      | 2     |         |                   |                                    |
|                      | 3     |         |                   |                                    |
| Antirrábica          | 1     |         |                   |                                    |
|                      | 2     |         |                   |                                    |
|                      | 3     |         |                   |                                    |
|                      | 4     |         |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual | 23-9-22 | V50222008         | Denny Fort                         |
| Otras                |       |         |                   |                                    |

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                                    |
| Toxoides Tetánico -<br>Diférico (Td) | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |
|                                      | 4     |       |                   |                                    |
|                                      | 5     |       |                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
| VPH                                  | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis | Fecha    | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|-------|----------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B          | 1     |          |                   |                                    |
|                      | 2     |          |                   |                                    |
|                      | 3     |          |                   |                                    |
| Antirrábica          | 1     |          |                   |                                    |
|                      | 2     |          |                   |                                    |
|                      | 3     |          |                   |                                    |
|                      | 4     |          |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual | 16-09-21 | V3B85             | Subred Sur                         |
| Otras                |       |          |                   |                                    |

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                                    |
| Toxoides Tetánico -<br>Diférico (Td) | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |
|                                      | 4     |       |                   |                                    |
|                                      | 5     |       |                   |                                    |
| TdaP acelular                        | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
| Hepatitis B                          | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis    | Fecha   | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|----------|---------|-------------------|------------------------------------|
| VPH                  | 1        |         |                   |                                    |
|                      | 2        |         |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual    | 28/8/23 | 230046            | Subred Sur                         |
|                      | Anual    |         |                   |                                    |
| Covid 19             | A        | 28/8/23 | 2F1077A           | Subred Sur                         |
|                      | 2º       |         |                   |                                    |
|                      | 1er Ref. |         |                   |                                    |
| Otras                | 2do Ref. |         |                   |                                    |
|                      |          |         |                   |                                    |

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:

Vidal Mancez

Apellidos:

Rivera Cardenas

Documento  
de identidad:

C.C. 1 C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de  
documento:

1 0 6 5 6 4 4 2 7 3

Fecha de  
nacimiento:

Día 15 Mes 09 Año 1992

| Biológico                            | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                  | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                      | Única |       |                   |                                    |
| Toxoides Tetánico -<br>Diférico (Td) | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |
|                                      | 4     |       |                   |                                    |
|                                      | 5     |       |                   |                                    |
| Tdap acelular                        | 1     |       |                   |                                    |
|                                      | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 1     |       |                   |                                    |
| Hepatitis B                          | 2     |       |                   |                                    |
|                                      | 3     |       |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis    | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|----------|-------|-------------------|------------------------------------|
| VPH                  | 1        |       |                   |                                    |
|                      | 2        |       |                   |                                    |
| Influenza estacional | Annual   | 31024 | 423125            |                                    |
|                      | Annual   |       | 450524003         | Subred sm                          |
| Covid 19             | 1ª       |       |                   |                                    |
|                      | 2ª       |       |                   |                                    |
|                      | 1er Ref. |       |                   |                                    |
|                      | 2do Ref. |       |                   |                                    |
| Otras                |          |       |                   |                                    |
|                      |          |       |                   |                                    |
|                      |          |       |                   |                                    |