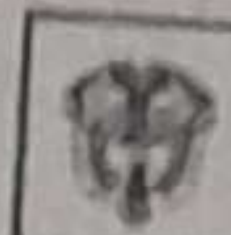


# MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

## Certificado de vacunación

Nombres:

Monica Morley

Apellidos:

Villa Manalla

Documento de identidad:

C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro

No.

36451-737

Fecha de nacimiento:

Día 13 Mes 09 Año 1977

IPS vacunadora

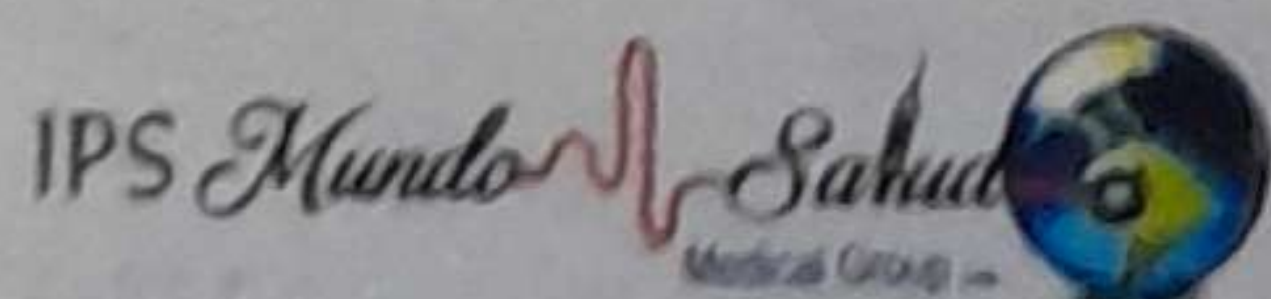
Nombre vacunador

Cédula del vacunador

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06/03/21	Pfizer	EV1145 FU 300621	Subred Centro Oreste	Jorge Mondragon	52012542
	2	24/03/21	Pfizer	EV1145 FU 300621	Subred Centro Oreste	Beatriz Garcia	52012542
	3	24 DIC 2021	Moderna	DOS H21A	Santo	Enara Camila Jhuartos J. Auxiliar de Enfermería C C 1010043001	52012542

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única				
Fiebre Amarilla	Única				
Toside Tetánico - Difteria (Td)	1	27 Enero 2015			
	2	27 Febrero 2015			
	3	15 ENE 2024 255200120			
	4	02 MAY 2025 255200120			
	5				
Tdap refuerzo	1	27 Mayo 2015			
	2				
Hepatitis B	1				
	2				
	3				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
VPH	1				
	2				
Influenza estacional	Anual	15 ENE 2024 255200120			
	Anual	24 DIC 2024 150524003100000			
Covid 19	1*				
	2*				
	1er Ref.				
	2do Ref.	02 MAY 2025 255200120			
Influenza					
Otras					



VACUNACIÓN AL DÍA PROTECCIÓN Y VIDA

CN: 0640

NOMBRE: Monica Morley Villa Manalla

IDENTIFICACIÓN: 36.451.737 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 13-09-77 TEL:

VIGILADO Supersalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1	28 DIC 2024		
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	4			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			





11516455

**Petición No** 11516455  
**Paciente** VILLA MANCILLA MONICA MORLEY  
**Documento Id** CC 36451737  
**Fecha de nacimiento** 13-Sep-1977  
**Edad** 46 Años **Sexo** F  
**Dirección** CL 81 90 68  
**Teléfono** 3016322054

**Fecha de ingreso** 15-Jan-2024 1:41 pm  
**Fecha de impresión** 15-Jan-2024 7:37 pm  
**Sede** CALLE 80  
**Servicio** CONSULTA EXTERNA  
**Empresa** PARTICULARES  
**Médico** MEDICO PARTICULAR

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**INMUNOLOGIA I**

**ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B**

>1000

UI/L

Método: Electroquimioluminiscencia

\*\* VALORES DE REFERENCIA

No Reactivo : Menor de 10 UI/L

Reactivo : Mayor o igual a 10 UI/L

Fecha Validación: 15-Jan-2024 6:37 pm

Firma Responsable

Diana Carolina Montenegro Sierra  
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS  
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.