Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 327b78b6-c490-478b-8b43-629053b7b5f0

Nombres y apellidos / Full name: **JHON STIBEN RODRIGUEZ AGUIÑO**

Tipo de identificación / ID Type: **TARJETA DE IDENTIDAD**

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 6 7 2 7 1 1 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/12/2011**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **00000**

Correo electrónico / e-mail: **FACTURASINCORREO@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
BCG	Única	23	12	2011		8561	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
Hepatitis B Pediatrica	Primera	16	6	2014		UVA13053	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
Antipolio Oral (VOP)	Primera	16	6	2014		180O6006	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
DPT	Primera	16	6	2014		4512	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
Triple Viral	Primera	16	6	2014		013N2079A	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO	
DPT	Segunda	31	7	2014		4512	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
Hepatitis B Pediatrica	Segunda	31	7	2014		UVA14026	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
Antipolio Oral (VOP)	Segunda	31	7	2014		180O6006	OLAYA HERRERA E.S.E CS CAMILO HURTADO CIFUENTES	
Neumococo Conjugado 10valente	Primera	8	9	2016		ASPNA694AA	CENTRO DE SALUD MARROQUIN CAUQUITA	MEZU ARNOVIA
Antipolio Oral (VOP)	Tercera	8	9	2016		180O6003	CENTRO DE SALUD MARROQUIN CAUQUITA	MEZU ARNOVIA
Pentavalente PAI	Tercera	8	9	2016		2211005B	CENTRO DE SALUD MARROQUIN CAUQUITA	MEZU ARNOVIA
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	8	9	2016		V50216011	CALI CENTRO DESALUD MARROQUIN	MEZU ARNOVIA
Fiebre Amarilla	Única	28	3	2017		M50101	CALI CENTRO DE SALUD EL DIAMAN	VANESSA BARONA CIFUENTES
Triple Viral	Refuerzo	28	3	2017		013N5047A	CALI CENTRO DE SALUD EL DIAMAN	VANESSA BARONA CIFUENTES

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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 vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 327b78b6-c490-478b-8b43-629053b7b5f0

Nombres y apellidos / Full name: **JHON STIBEN RODRIGUEZ AGUIÑO**

Tipo de identificación / ID Type: **TARJETA DE IDENTIDAD**

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 6 7 2 7 1 1 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/12/2011**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **00000**

Correo electrónico / e-mail: **FACTURASINCORREO@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
DPT	Segundo Refuerzo	28	3	2017		282P6003	CALI CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE	VANESSA BARONA CIFUENTES
Antipolio Oral (VOP)	Segundo Refuerzo	28	3	2017		180O6079	CALI CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE	JENIFFER DAYANA LONDOÑO ORTIZ
VPH	Única	22	5	2025	MERCK SHARP DOHME	X023757	CALI ESE ORIENTE HOSPITAL CARLOS HOLMES T	MIRYAM AIDEE MOSQUERA - CC66812626 - Activo

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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 vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.