

VACUNAS		FECHA	FIRMA
PÓLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubcola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis	23 FEB 2015	0371016 [Signature]
	2ª Dosis	23 MAR	VACINACION UNICEF CENTRO
	Refuerzo	20 Mayo	
FIEBRE AMARILLA LOTE N° (Válida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

Centro Roja Colombiana
 Seccional Comunal y Hogar, D.C.
 2da. Etapa
 Carrera 70 No. 100 y 102 Hogar
 Bogotá - Colombia



CARNET DE VACUNACION
 NACIONAL

Nombre: Mauricio Antonio Lopez
 Fecha de nacimiento: 08-01-1969
 Teléfono: _____

VACUNAS	FECHA	FIRMA	D.P.T.	POLIO	
				1a. Dosis	2a. Dosis
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
Refuerzo					
Refuerzo					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
Refuerzo					
Refuerzo					
9 años					
Sarampión					
Parotus					
Rubéola					
Sarampión					
Refuerzo					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
Refuerzo					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
Refuerzo					
ANTI HEPATITIS "B"					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
Refuerzo					

VACUNAS	FECHA	FIRMA	T.D.	TETANO	
				1a. Dosis	2a. Dosis
1a. Dosis					
2a. Dosis					
Refuerzo					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
Refuerzo					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
4a. Dosis					
1a. Dosis					
Refuerzo					
HEPATITIS "A"					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					
INFLUENZA (GRUP)					
1a. Dosis					
2a. Dosis					
3a. Dosis					

14 DIC 2020
 Centro Roja Colombiana
 UNICENTRO

FIEBRE AMARILLA
 LOTE No. 239885C
 (Válido por la vida)
 UNICENTRO

**CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION
CONTRA FIEBRE AMARILLA**

**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION
AGAINST YELLOW FEVER**

Certifico que Mauricio Jatorre Cocalon Sexo M.
This is to certify that _____ Sex _____

Cuya firma aparece enseguida _____ Fecha de nacimiento 69-01-02
Whose signature follows _____ Date of birth _____

Ha sido vacunado (a) o revacunado (a) en la fecha indicada contra Fiebre Amarilla.
Has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

Fecha Date	Firma y estado profesional del vacunador. Signature, and professional status, vaccinator.	Origen de la vacuna y No. Del lote Origin and batch number of vaccine	Sello oficial del centro vacunacion Official stamp of vaccinating center

Centro de Vacunación
VACCINATER CENTER Cruz Roja Colombiana
Dirección (ADDRESS) Avenida Neobó 6-3 Ciudad (CITY) Bogotá Estado o País (STATE) Colombia

Este certificado es válido solamente si la vacuna usada ha sido probada por La Organización Mundial de la Salud y el Centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio en el cual el centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un período de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o en caso de una revacunación en el curso de este período de 10 años, el día de esta revacunación.

THIS CERTIFICATE IS VALID only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the country in which that situated.



**CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION**

Expedido a Mauricio Jatorre Cocalon 246027
Issued to _____
Delivré a _____

No. del pasaporte _____
Passport No. _____
No. Du passeport _____

Cruz Roja Colombiana
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTÁ
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Tel: (54) (1) 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá





REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
 DE BOGOTA
 HOSPITAL FONTIBON E.S.E.

117734

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF INOCULATION AND VACCINATION
CERTIFICAT INTERNACTIONAL DE VACCINATION

Nombre: NAORICIO LATORRE Fecha de Nacimiento: 2ENE/67 Sexo: M

Name: _____ Date of birth: _____ Sex: _____

Nomme: _____ Né (e) le: _____ Sexe: _____

Toda corrección o enmienda del Certificado o la omisión de cualquier parte de él, lo invalida.
 Any amendment of this certificate or erasure, or failure of complete any part of it, may render it invalid.
 Toute correction ou rature sur le certificat au l'omission d'une quelconque, des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

HOSPITAL FONTIBON E.S.E

EDITORIAL EDICAO LTDA. PBL. 00 0791 00007X - COLOMBIA

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF INOCULATION AND VACCINATION
CERTIFICAT INTERNACTIONAL DE VACCINATION

CERTIFICATE QUE
 THIS IS TO CERTIFY - JE SOUSSGNE(E), CERTIFIE QUE
 CUYA FIRMA APARECE A CONTINUACION
 WHOSE SIGNATURE FOLLOWS - DONT LA SIGNATURE SUIT
 HA VACUNADO (A) O REVACUNADO (A) CONTRA LA FIEBRE AMARILLA, EN LA FECHA INDICADA
 SHE ON THE DATE INDICATED HAS VACCINATED AGAINST YELLOW FEVER THIS A DATE.
 A ETE VACCINNE (E) CONTRE JAUNE A DATE INDIQUEE.

FECHA DATE <u>040204</u>	FIRMA VACUNADOR SIGNATURE OF VACCINATOR SIGNATURE VACCINATEUR <u>Fontibon E.S.E.</u> <u>Pública</u>	ORIGEN Y No. DEL LOTE VACUNA ORIGIN AND BATCH No. OF VACCINE ORIGINE DU VACCIN ET No. DU LOT <u>039 VFA 0957</u>
<u>SARAMPION</u>		

Este certificado solo será válido si la vacuna ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro. La aplicación de una sola dosis confiere inmunidad en casi la totalidad de los vacunados. La inmunidad así adquirida es de larga duración, hasta diez años. Se administra a sujetos que viven o viajan a regiones enzooticas. La OMS recomienda la revacunación cada 10 años. Se puede vacunar desde el nacimiento, pero se prefiere evitar la vacunación de niños menores de 9 meses. Las contraindicaciones son inmunodeficiencias, menores de 9 meses y embarazo, y antecedentes de angioderma y/o shock anafiláctico.

The certificate will be only valid if the vaccine has been approved by the health world organization and if the center of vaccination has been designed by the sanitary adrcutstration of the territory which it is located in the center. Only one dosis is required to get immunity at the mayority of the people vaccinated. Only so this immunity has durability 10 years. The vaccine is only for people who live or travel to the enzootic region. The OMS recommend the revaccination be each 10 years. Can be vaccinated children after six months, people can be vaccinated from the berth, but the vaccination can be avoid in children before nine months from the birth. Contraindications are immunity deficient, children before nine months from the birth an pregnancy, antecedents of angio edema and/or shock anafilactico.

Ce certificat ne sera valable que si le vaccin été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Sanfé et si le centre de vaccination été désigné par l'administrati. sanitaire du territoire sus lequel est situé le dit centre. L'application d'une seule dose immunise dans presque tous les cas. L'immunité ainsi acquise est de longue durée, jusqu's dix ans. Cevaccin s'administre á des sujets qui vivent ou voyagent dans des regions enzootiques. L'OMS rerecommande une nouvelle vaccination chaque dix ans. On neut vacciner dés la naissance, mais il est cependant préférable deéviter la vaccination dénfants de moins de six mois. Les

Certificado de Vacunación

Institución: Clinica La Carolina

Nombre: Mauricio Latorre

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
INFL	1	Dic 18 20	26586A1A	
MMR	1	Dic 18 20	A69F094A	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador

DR. LUIS DANIEL ARRIL G.
PEDIATRA

SPCO.SAPAS.18.07.0081



**CLINICA
LA CAROLINA**
BOGOTÁ, D.C.

LUIS DANIEL ABRIL GUTIÉRREZ, M.D.

Médico Pediatra
Universidad Javeriana - Hospital Militar Central

DR MAURICIO LATORRE

En la fecha recibió 2ª dosis contra Hepatitis B – Engerix B - Lote AHBVC-145 AG

Atte.,

Oct 27, 2012

Dr. LUIS DANIEL ABRIL G.
PEDIATRA

RM 17086733

Carrera 14 No. 127 - 11 • Consultorio 406 • Teléfonos 658 16 04 - 658 16 16 • Fax: 614 79 20 • Celular 315 851 02 71



**CLINICA
LA CAROLINA**
BOGOTÁ, D.C.

LUIS DANIEL ABRIL GUTIÉRREZ, M.D.

Médico Pediatra
Universidad Javeriana - Hospital Militar Central

CERTIFICO:

Que se han aplicado 3 (tres) dosis contra HEPATITIS B (ENGERIX B) al Señor Doctor Don MAURICIO LATORRE, la última de las cuales se aplica en la fecha.

Atte.,

Mar 11, 2013

Dr. LUIS DANIEL ABRIL G.
PEDIATRA

RM 17086733

Carrera 14 No. 127 - 11 • Consultorio 406 • Teléfonos 658 16 04 - 658 16 16 • Fax: 614 79 20 • Celular 315 851 02 71



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ S.E.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010645306

Fecha de generación del carné: martes, 10 de junio de 2025 11:06 a. m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80411375
Nombres y Apellidos	MAURICIO LATORRE CUCALÓN
Fecha de nacimiento:	02/01/1967

Segunda dosis

Tercera dosis

Cuarta dosis

Quinta dosis

Refuerzo

de Tetánico

Refuerzo

14/12/2020 Tetavax

R3D785V

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL
CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ SERVICIO DE
VACUNACION UNICENTRO

de Tetánico Diftérico

Primera dosis

X 10 AÑOS
PROXIMO REFUERZO 14-12-2030

Segunda dosis

Tercera dosis

Cuarta dosis

Quinta dosis

Refuerzo

Primera dosis

Refuerzo

Primera dosis

Primera dosis

Segunda dosis

Refuerzo

Triple Viral

Única

ante

Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Valente

Única

Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Única

valente

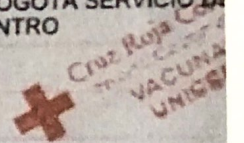
Única

Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Única



Daniela A
Enferme
T.P. 107