

será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Martha
Apellidos	Montaño Espinel
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☐ PASA PORTE ☐ No. 39738.306
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes: Año:

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
Martha Cirya Montaño

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
13.10.1966 F colombiana.

date of birth/ né(e) le *Sex/ de sexe* *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
39.738.306

national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

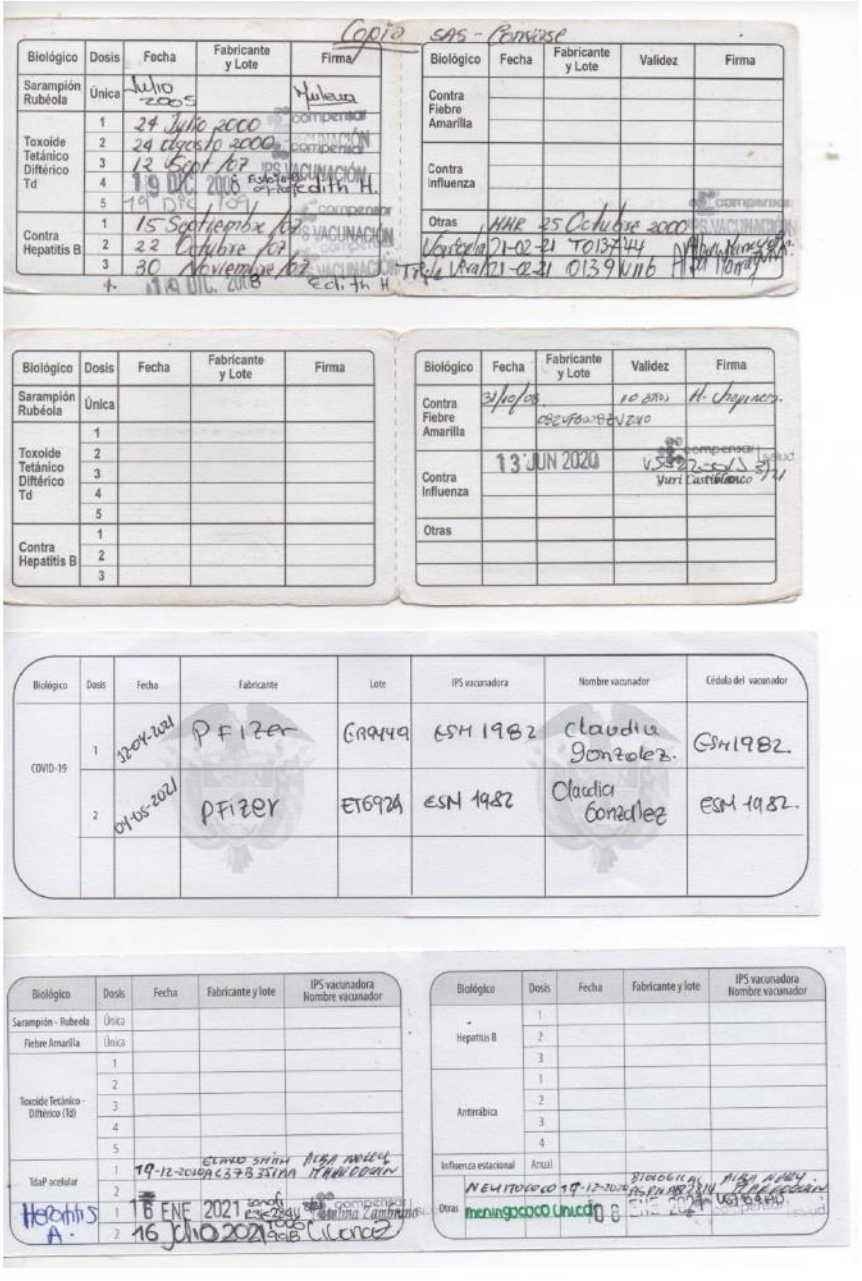
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre Amarilla.

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis* / *Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha / *Date* / *Date*	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician* / *Signature et titre du clinicien responsable*	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* / *Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot*	Certificado válido / *Certificate valid* / *Certificat valuable*	
				Desde / *From* / *à partir du :*	**Hasta** / *Until* / *jusqu'au :*
Fiebre Amarilla.	28 12 20	HOSPITAL suba VACUNACIÓN	Sanofi P3701		HOSPITAL suba VACUNACIÓN



Copia SAS - Consulta

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	Julio 2005		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24 Julio 2000		
	2	24 agosto 2000		
	3	12 Sept 07		
	4	19 DIC 2008		
	5	19 DIC 2014		
Contra Hepatitis B	1	15 Septiembre 07		
	2	22 Octubre 07		
	3	30 Noviembre 07		
	4.	19 DIC. 2018		

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	HHR 25 Octubre 2000			
	Varicela 21-02-21	T013744		
	Hepatitis A 21-02-21	0139W16		

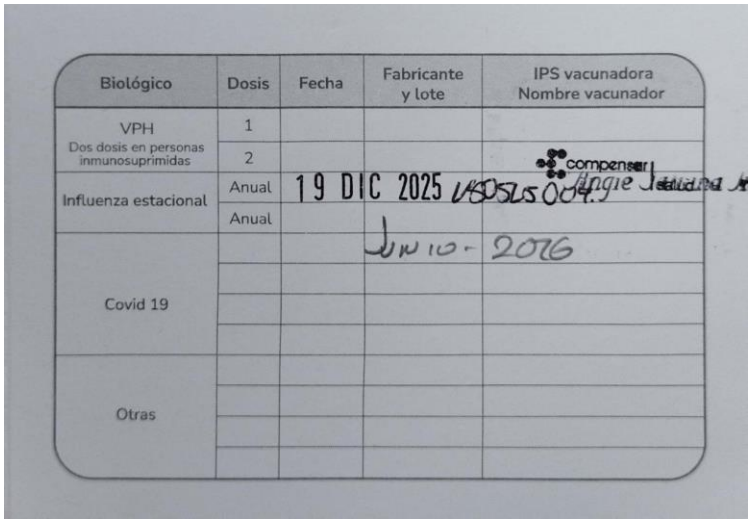
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	31/10/08	[illegible]	10 años	H. Jaspers.
Contra Influenza	13 JUN 2020			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12-04-2021	PFIZER	GR9449	ESM 1982	Claudia Gonzalez.	ESM1982.
	2	04-05-2021	pfizer	ET6924	ESM 1982	Claudia Gonzalez	ESM 1982.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	19-12-2018	CLAUDIA SMITH C37B35INA	ALBA NIEVES MANCEDAIN
	2			
Hepatitis A	1	16 ENE 2021		
	2	16 JUN 2021		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras	NEUMOCOCO	19-12-2018	BIOLOGICAL E.S.N.	ALBA NIEVES MANCEDAIN
	meningococo unico			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			compensar
Influenza estacional	Anual	19 DIC 2025	VA0525004	Angie
	Anual			
Covid 19			JUN 10 - 2026	
Otras				