CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS/
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE/
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
Jose Bohorquez Reyes
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
30-01-1969	M	COL
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
79.505.455
national identification document / document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Manufacturer*	*Batch no. Of caccine or prophylaxis*	*Vaccination institution*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*
F. Amarilla	23 JUNIO 2009		Y6277	

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(é) ou reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre:

F. Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Réglement sanitaire international

Nombre del Profesional que certifica la aplicación	Título del Profesional que certifica la aplicación	Firma del Profesional que certifica la aplicación
Name of the Professional certifying the application	*Title of the Professional that certifies the application*	*Signature of the professional certifying the application*
Nom Titre du clinicien responsable	*Titre du clinicien responsable*	*Signature du clinicien responsable*
Transcripción Terminal Aereo		DOSIS UNICA

02 JUL 2025

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS/
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE/
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
Jose Bohorquez Reyes
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
30-01-1969	M	COL
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
79.505.455
national identification document / document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Manufacturer*	*Batch no. Of caccine or prophylaxis*	*Vaccination institution*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*
F. Amarilla	23 Junio 2009		Y6277	

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(é) ou reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre:

F. Amarilla

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

Nombre del Profesional que certifica la aplicación	Título del Profesional que certifica la aplicación	Firma del Profesional que certifica la aplicación
Name of the Professional certifying the application	*Title of the Professional that certifies the application*	*Signature of the professional certifying the application*
Nom Titre du clinicien responsable	*Titre du clinicien responsable*	*Signature du clinicien responsable*
Transcripción Terminal Aereo		DOSIS UNICA

02 JUL 2025