

CENTRO DE VACUNACIÓN

Carrera 15, No. 51-14 Piso 2
E-mail: tantiasalud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontantiasalud.com

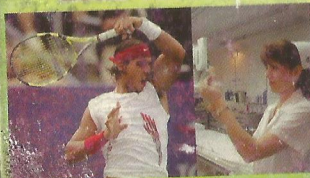
BIOTOSCANA S.A.

Soluciones innovadoras de Significativo Avance Terapéutico

sanofi pasteur

La división de vacunas del Grupo sanofi : aventis

Estar vacunado es estar protegido



Tecnoquimicas

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1a. DOSIS	21 OCT 2013	27062	
VARICELA	1a. DOSIS			
NEUMOCOCCO	1a. DOSIS			

Handwritten notes and stamps:

- Stamp: I. P. S. SOACHA
- Stamp: VACUNACION
- Stamp: OCT 2012
- Stamp: boostrix™
- Stamp: LOT: AC37B119DA
- Stamp: EXP: 08-2015
- Stamp: ENE 2011
- Stamp: 17

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. DOSIS	035B1009	22 ABR. 2012	TANIA SALUD
	2a. DOSIS	03471002B	04 FEB 2013	NMUNOSALUD
	3a. DOSIS	03512001	14 JUN 2013	
	4a. DOSIS	03512001	13 JUL 2013	
HEPATITIS A	1a. DOSIS			
	2a. DOSIS			

Tania Salud CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



Consulte sus Vacunas en:

<http://app.saludcapital.gov.co/pai/inicio/login.aspx>

NIT.900174965-3

CENTRO DE VACUNACIÓN. CODIGO DE PRESTADOR 110011779801

NOMBRE: Floies Rivera Johon Jairo

DOCUMENTO: 80932327

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
T.TETANICO DIFTERICO	1a. DOSIS	024L9009 D	22 ABR. 2012	TANIA SALUD
	2a. DOSIS	160A2004D	04 FEB 2013	NMUNOSALUD
	3a. DOSIS	16012007E	06 AGO 2013	
	4a. DOSIS			
TRIPLE VIRAL	REFUERZO			
	1a. DOSIS	H5231	22 ABR. 2012	TANIA SALUD
	2a. DOSIS			

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRÁBICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA	Anual	01 DIC 2018		R38441/17		



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com



NIT: 900.174.965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES:

JHON JAIRO FLOREZ RIVERA

DOCUMENTO:

80932327

TEL:

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

PBX 749 53 41

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.com

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO	12 JUL. 2018	6SKA118VCG-70A			Inmunosalud
VARICELA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
DPTA	1 DOSIS					
NOMBRE		JHON FLOREZ RIVERA				

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO					
TOXOIDE TETÁNICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	22-04-12	Priorix			Tania Salas


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **JHON JAIR**

Apellidos: **FLOREZ RIVERA**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. **80932329**

Fecha de nacimiento: Día **12** Mes **10** Año **1985**


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Jhon Jairo**

Apellidos: **Florez Rivera**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. **80 932 327**

Fecha de nacimiento: Día **12** Mes **10** Año **1985**

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Jhon Jairo**

Apellidos: **Florez**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **80932329**

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

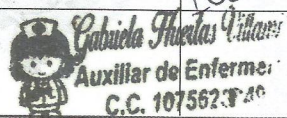
Nombres: **Jhon Jairo**

Apellidos: **FLOREZ RIVERA**

Documento de identidad: C.C. ☒ X.C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E.

Número de documento: **80 932 327**

Fecha de nacimiento: Día **12** Mes **10** Año **1985**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25/2/21	PFIZER	EN1195 30/6/21	UMHES C180	VLIMA BALTISTA	52428866
	2	19-03 2021	PFIZER	EN1195	UMHES C180	JENNY RODRIGUEZ	1033686101
		14 DIC 21	Astrazeneca	77904	PROYECTAR SALUD SAS		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2R 1	25 Ago 2022	PFIZER	PCA 0075	SRCO	Jennifer chaverra	1022591463
	2						

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
DPTA	único	5 Abr. 2017	AL37B177AC	Red sur occidente soredad trujillo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftrico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelar	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	31023232046	2/24 Siles Mansanares	
Covid 19	Anual			
	1ª			
	2ª			
Otras	1er Ref.			
	2do Ref.			