

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:

Olga

Apellidos:

Gutierrez (Gutierrez)

Documento
de identidad:

C.C. GE AA ED SC PL PPT DE

Número de
documento:

3 1 8 9 2 9 3 2

Fecha de
nacimiento:

03 06 1962

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	I.P.S. vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Febre Amarilla	Única			
Toxóide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	I.P.S. vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	5/6/25	US0525007	Laura
	Anual			16/01/2025
Covid 19	1º			
	2º			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

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:

Olga

Apellidos:

Gutiérrez Garzon

Documento
de identidad:

C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E. ☐

Número de
documento:

5 1 8 9 2 9 3 2

Fecha de
nacimiento:

Día 03 Mes 06 Año 1967

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	02-11-23	Butanfa 230046	Jueguelins / 29-2-24
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	12 10 22	US0222009	Subiedsu,
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
4 ^o DOSIS COVID-19	2 ^a	23 JUL 2022	Pfizer	PCA0074 8/22	Subiedsu	Edith Romero S. Aux. de Enfermería CC 52.466.723	
	2						

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Olga

Apellidos:

Gutiérrez

Garzon

Documento
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

51 897 937

Fecha de
Nacimiento:

Día.

03

Mes.

06

Año.

1967

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	21-enero-2019	01280006	CAPS MARICHUELA
Fiebre amarilla	Única	10-8/2014	1002754	ENGATIVA
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	Abril 3/2008	UPA EMPOS	
	2	MAYO 19/2008	HOSPITAL ENGATIVA	
	3	DIC-6/2008	CAMI GARZOS NAVAS	
	4			
	5			
Hepatitis B	1	MAYO 7/2007	Cruz Roja	
	2	JULIO 31/2007	Cruz Roja	
	3	NOV. 26/2007	Cruz Roja	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5	14-06-2019	T3A93	CAPS MARICHUELA
Influenza	Anual	MAYO 20/2018	VSO218006	UPA BETANIA
Otras	NEUMOS 23	26-12-19	RO23118	CAPS MARICHUELA
	influenza	03 AGO 2021	VSO221006	CAPS MARICHUELA

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

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Olga

Apellidos:

Gutiérrez Garzon

Documento de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

51 892 932

Fecha de Nacimiento:

Día.

03

Mes.

06

Año.

1967

ESQUEMA ANTIRRABICO

Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		

OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis
		2ª Dosis
		3ª Dosis
	Gamaglobulina	
	Suero Antiofídico	
Suero Antirrábico		

Anotaciones Especiales:

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Olga Gutierrez

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

TELEFONO _____

Sv004

7 Noviembre

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	21-enero-2019	0128-1006	CAPS
Fiebre amarilla	Única	10-8/2018	1002754	ENGATIVA
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	Abril 3/2008	UPA EMPOS	
	2	MAYO 19/2008	HOSPITAL ENGATIVA	
	3	DK-6/2008	CAMI GARZAS NAVAS	
	4			
	5			
Hepatitis B	1	MAYO 7/2007	CUZ ROJA	
	2	JULIO 31/2007	CUZ ROJA	
	3	NOV. 26/2007	CUZ ROJA	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5	7-14-06-2019	13413	CAPS
Influenza	Anual	MAYO 20/2018	V502/1006	UPA BOTANIA
Otras		NEWMO 23	26-12-19	2023

Olgo Gutiérrez Barzón.

VACUNAS	FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
D.P.T.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
9 $\hat{m}$	Sarampión	
TRIVIRAL	Paperas	
	Rubeola	
	Sarampión	
	Refuerzo	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	07 MAY 2007
	2ª Dosis	31 JUL 2007
	3ª Dosis	26 NOV 2007
	Refuerzo	

VACUNAS	FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
TETANO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
FIEBRE AMARILLA LOTE N° (Válida por 10 años)		
FIEBRE TIFOIDEA		
Neumococo Conjugado	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
Neum. Polivalente	1ª	
	Refuerzo	
Hepatitis A	1ª	
	2ª	
Varicela	1ª	
	2ª	
Influenza (Grippe)	1ª	26 DICIEMBRE 2016
	2ª	Int. V502/1006
	3ª	HOSPITAL CHAPINEO


MiVacuna
Covid-19

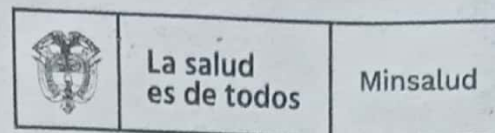
www.minsalud.gov.co

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.

La salud es de todos



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

OLGA

Apellidos:

GUTIERREZ

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐

Pasaporte ☐

PEP ☐

otro ☐

cuál:

No.

51892932

Fecha de
nacimiento:

Día

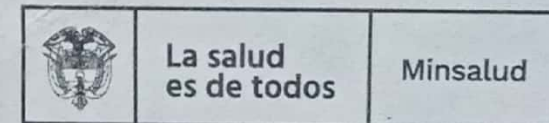
03

Mes

06

Año

1967



Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

OLGA

Apellidos:

GUTIERREZ

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐

Pasaporte ☐

No.

51892932

Fecha de
nacimiento:

Día

03

Mes

06

Año

1967

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	ABRIL 5 2021	PFIZER	ER 1742 6/21	UMHES TUNAL	JUDITH BERNARD	52.742.086
	2	26-4-21	Pfizer COVID 19	629449 7-7	Plaza Artesanos		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	25 ABR 2020	WS 02200001	CAPS MARICHUELA
Otras				