

## CARNET DE VACUNACIÓN COVID-19



Nombre(s)

**LEOCADIO**

Primer apellido

**FLORES**

Segundo apellido

**MOLLO**

Nro. de documento

**CI: 8644865**

Fecha de Nac.

**07/12/1980**

Verifica tu carnet desde la app móvil 'Unidos contra el COVID'.

### DOSIS RECIBIDAS

Vacuna	Consentimiento	Fecha	Dosis
SINOPHARM	2274423	12/07/2021	1
SINOPHARM	3318248	02/08/2021	2
ASTRAZENECA	5319980	24/10/2021	3
PFIZER	9690647	24/06/2022	4

Verifica tu carnet desde la app móvil 'Unidos contra el COVID'.