

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
ATB	1a.	30-03-2019	AH 480390A	
HEPATITIS B	2a.	04-09-2019	AH 480390A	
HEPAVAX GENE	3a.	25-02-2021	AH 480390A	

HEPATITIS A EP AVAL	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	30-07-2019	AH 480390A	

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	30-07-2019	A69CE	731 B

INFLUENZA AGRIPAL® SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	30-07-2019	2560911212	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TD	1a.	30-07-2019	25917004	

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	30-07-2019	A70CD	246A

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TD	2	04-09-2019	25917004	
TD	3	25-07-2021	2206001212	


CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

Nombre:	Cristian Camilo
Dirección:	Duque García
Teléfono:	
H.C.:	1005 855 853
Entidad Vacunadora	Mendez Gonyona

	La salud es de todos	Minsalud	
Certificado de vacunación			
Nombres:	Cristian Camilo		
Apellidos:	Duque García		
Documento de identidad:	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> cuál:		
	No.	1005 855 853	
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
	05	12	2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16-06-21	Pfizer	F40575	HSRT	Marcela Vinchani	Aux. Enf. Reg. 1076
	2	09 JUL 2021	PFIZER	F1a 9105	Te Salud eres CUIDANDO Y BIENVIENDO	Maria Claudia Castillo M.	Auxiliar de Enfermería C.C. 1030590177
		febrero 26 2022	Pfizer	210963	Compensar Aeropuerto	Karen Mann	1023886712

	FORMATO CARTA DE COMPROMISO DEL CONTRATISTA	CÓDIGO: AP-TH-F-167
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 21/01/2025

Bogotá D.C.
 Fecha: 10 de marzo de 2025

Doctor (a).
VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
 Gerente.
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE
 Ciudad

REFERENCIA: CARTA DE COMPROMISO DEL CONTRATISTA

Respetada doctora reciba un cordial saludo,

Por medio de la presente me permito manifestar mi compromiso de entregar la documentación pendiente en mi proceso de contratación en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y cumplir a cabalidad con dicho documento según lo requerido conforme a los términos que se estipulan en la entidad en un término no mayor a 90 días.

Carnet de vacunas acorde al perfil	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificación cuenta bancaria	<input type="checkbox"/>
Certificados antecedentes profesionales	<input type="checkbox"/>

Cordialmente,

DUQUE CC

Nombres y apellidos: **CRISTIAN CAMILO DUQUE GARCÍA**
 Número de identificación: **1005855853**