DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades administrativas de archivo DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-112
	Vigente	Agosto de 2023

I. DATOS PERSONALES

Apellidos: Almario Carabali			Nombres: Leidy Fernanda		
N° de Documento: 40.330.313			Edad: 41 Años		
Genero:	Mujer	X	Hombre		
Profesión u ocupación: Tcnlgo Administrativo			Número de contacto: 350 216 85 33		
Correro electrónico: fercarabal@gmail.com					

II. DATOS LABORALES

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	X

Establecimiento de Sanidad Militar: Establecimiento de Sanidad Militar 84031 Comando Aereo de Combate No.2

Cargo al que aspira: Auxiliar Administrativo

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?		X
¿Validación contra el carné de vacunación?		X

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ARCHIVO

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	13/01/2026
			2da	N/A	N/A
			3ra	N/A	N/A
			4ta	N/A	N/A
			5ta	N/A	N/A
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	N/A	N/A
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		

OBSERVACIONES: No se relacionan de la 1 a la 5 Dosis por no tener el carnet de esa epoca para corroborrar la fecha de la aplicación.

VII. FIRMA DE COMPROMISO

SI		NO		

VIII. APROBACIÓN

SI		NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certificó que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.



Firma del aspirante