Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Gomez | Rios | Dayana Carolina |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1128431009

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 18 MES 12 AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Caldas

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cr 17 # 25-61

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO La Ceja

TELÉFONO 3014395224 EMAIL Dayagrios0825@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 06 AÑO 2006 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | x | | Tecnica Profesional Aux de enfermeria | 02 | 2009 | 5-1361-09 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica San Juan de Dios | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | la Ceja | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 317 65 81672 | DÍA 25 MES 11 AÑO 2025 | DÍA 25 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Aux de enfermeria | Antioquia | la ceja |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| clinica las Americas | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellin | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 604 3421610 | DÍA 18 MES 04 AÑO 2023 | DÍA 23 MES 05 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Aux de enfermeria | Enfermeria | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica del dolor | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellin | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 06 MES 06 AÑO 2021 | DÍA 10 MES 10 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Aux de enfermeria | Enfermeria | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica Antioquia | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Itagui | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 03 MES 10 AÑO 2020 | DÍA 03 MES 06 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Aux de enfermeria | Enfermeria | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 6 | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 10 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 1 | 8 meses |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 17 a | 8 meses. |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* la ceja 28 de Febrero 2026

Dayana Gómez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La Ceja Antioquia, 26 de febrero de 2026.

Señores:
ESE HOSPITAL DE LA CEJA
Municipio de la Ceja

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente a las Entidades Estatales para que puedan consultar mis bases de datos para fines institucionales, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, verificación de información aportada mediante certificados y documentos, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el SECOP, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Se suscribe en la ciudad de La Ceja Antioquia, el día 26 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Dayana Gómez Ríos
**Dayana Gómez Ríos**
**C.C: 1.128.431.009**

HOSPITAL DE LA CEJA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

La Ceja, 26 de febrero de 2026

Yo, **Dayana Carolina Gómez Rios** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.128.431.009** de la ciudad de la Ceja, autorizo a la E.S.E. Hospital de La Ceja del Municipio de La Ceja del Tambo – Departamento de Antioquia, para que se realice la consulta sobre inhabilidades por delitos sexuales contra menores de 18 años, de acuerdo a lo definido en el Decreto 753 de 2019, artículo 2, parágrafo 2, el cual establece: "Será responsabilidad de las entidades públicas y privadas obligadas a consultar el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, obtener la autorización previa, expresa y escrita del aspirante al cargo, u oficio, la cual deberá reposar dentro de la documentación correspondiente al proceso de selección dirigido a su vinculación laboral, contractual o reglamentaria, según el caso".

Atentamente,

Dayana Gómez Rios

**Dayana Gómez Ríos**
**C.C: 1.128.431.009**

| HOSPITAL DE LA CEJA<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | **DECLARACION DE NO INHABILIDADES NI INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR** | **Pagina 1 de 1**<br>**Código:**<br>**Versión: 002**<br>**Fecha de Actualización: 30 de diciembre de 2021**<br>**Elaborado por: Auxiliar Administrativo Talento Humano** |
|---|---|---|

La Ceja del Tambo, 18 de febrero de 2026

Señores:
E.S.E HOSPITAL DE LA CEJA
La Ceja

Yo Dayana Carolina Gómez identificado con cédula de ciudadanía No 1.128.431.009 manifiesto bajo la gravedad de juramento: que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Política de Colombia, en el Art. 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la especiales para contratar con el Estado. En especial, que no parezco reportado en el Boletín de responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Art. 60 de la Ley 610 de 2002, en concordancia con el numeral 4 del Art. 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las entidades estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3º del Art. 4 de la Ley 716 de 2001.

Dayana Gómez Ríos
Dayana Gómez Ríos
C.C: 1.128.431.009

| **REVISO**: | **APROBO:** | **FECHA**: |
|---|---|---|
| | | |

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**FORMULARIO UNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**
**Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
**(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Dayanu Carolina Gómez Rios

IDENTIFICADO CON: C.C. x C.E. T.I. N° 1128431009 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Antioquia | La Ceja |

Dirección: Cr 17 # 25 -61 Teléfonos: 3014345224

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| William Henao Ossa | 1152 449 499 | Esposo |
| | | |
| Emmanuel Acevedo Gómez | 1033 201609 | Hijo |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 2.000.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | 2.500.000 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 4.500.00 - |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | ahorros | 54115053607 | Caldas - Ant | 0 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

c)En la actualidad: **SI** **NO** X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Dayana Gómez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

28 de Feb. 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

# Dayana GÓMEZ


cll23#20-36 la ceja Antioquia

dayagrios0825@gmail.com

3014395224




## EXPERIENCIA LABORAL

### AUNA CLINICA LAS AMÉRICAS
Abril 2023- mayo 26 2025

- Servicio de Hospitalización
- Hospitalización pediátrica
- urgencias

### CLINICA DEL DOLOR
Junio 2021- octubre 2022

- Hospitalización
- Urgencias
- cirugia

### CLINICA ANTIOQUIA
Octubre 2020- junio 2021

- Hospitalización

### SAN VICENTE FUNDACION
Mayo 2016- septiembre 2019

- Hospitalización
- Urgencias
- Urgencias -hospitalizacion pediatrica

## FORMACIÓN EDUCATIVA

### Auxiliar de enfermería
2007 junio - 2009 febrero Universidad cooperativa de colombia

## PERFIL

Soy una persona honesta, comprometida, ética, responsable y dedicado a mis labores, con capacidad para el trabajo en equipo, sentido humanistico e investigativo, respeto.

## CURSOS

- RCP DIC 2024

- TOMA DE MUESTRAS
- CODIGO FUCSIA
- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

## HABILIDADES

- Resolución de problemas ☑
- Proactividad ☑
- Humanidad ☑
- Responsable ☑
- Trabajo en equipo ☑

Powered by CamScanner

# Universidad Cooperativa de Colombia

Resolución 24195 del 20 de diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica No. 501 de 1974 Superintendencia Nacional de Cooperativas

Certifica que

## Dayana Carolina Gómez Ríos

CEDULA DE CIUDADANÍA No 1.128'431.009 DE MEDELLÍN

Curso y aprobó el programa de estudios
Teórico-Prácticos de Auxiliar de Enfermería.
con autorización oficial Nº 001815 de Septiembre 29 de 1998
emanada de la Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia,
por lo cual le concede el certificado de aptitud ocupacional como

# TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En testimonio de ello se firma en Medellín
el día 26 de febrero de 2009

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL
Reconócese este Título
para todos los efectos Legales
RESOLUCIÓN Nº 5-1361
MEDELLIN 04 MAR 2009

Rector

Director(a) Seccional

Director(a) Nacional
programa Auxiliar de Enfermería

Gloria Patricia Ruiz
Secretario(a) General

Inscrito al folio No. 334 del libro de registros y diplomas No. 0262

Registros y Diplomas

Revive
Entrenamiento Médico Integral

otorga el siguiente

# CERTIFICADO

## *Dayana Carolina Gómez Rios*

**C.C 1128431009**

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Código Fucsia Atención a víctimas de la violencia sexual, VIRTUAL**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, para un total de **40 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos (2) años según la resolución 3100 de 2019.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 28 de Mayo del 2020.

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina,MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones

b8623cb5-b417-11ea-baa0-0aff380641b1

Revive
Entrenamiento Médico Integral

otorga el siguiente

# CERTIFICADO

al Sr.(a) *Dayana Carolina Gómez Rios*

**C.C 1128431009**

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de
Soporte Vital Básico, B-Learning
realizado en modalidad teórico práctica,
para un total de 24 horas de educación continua,
esta certificación es válida por dos años según la resolución 2003 de 2014 y la actual 3100 de 2019.

**Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el 1 Mayo del 2020**

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina,MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones

Revive
Entrenamiento Médico Integral

otorga el siguiente

# CERTIFICADO

## *Dayana Carolina Gómez Rios*

**C.C 1128431009**

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Soporte Vital Básico, B-Learning**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, para un total de **24 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos (2) años según la resolución 3100 de 2019.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 1 de Mayo del 2020.

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina,MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones

e48c2a76-c540-11eb-a65d-0eade303f739

Clínica
San Juan de Dios

## EL ÁREA DE TALENTO HUMANO

La suscrita hace constar que la señora **GOMEZ RIOS DAYANA CAROLINA**, identificada con cedula de ciudadanía **No. 1128431009**, trabajo en esta institución, desempeñándose como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, durante el período comprendido entre **el 25 de noviembre de 2025** y **el 21 de febrero de 2026.**

Esta constancia se expide a los (25) días del mes febrero de 2026.

Atentamente,

**JESSICA JULIETH AMUD LEMUS**
Gestora de Talento Humano
Clínica San Juan de Dios – La Ceja

Dayana Gómez Rios
1128431009

Promotora
Médica
Las Américas

# LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL Y NOMINA

## CERTIFICA QUE

El empleado que a continuación relacionamos trabajó en PROMOTORA MEDICA LAS AMERICAS S.A.S. con NIT: 800.067.065-9 con las siguientes condiciones:

| | |
|---|---|
| EMPLEADO: | **DAYANA CAROLINA GOMEZ RIOS** |
| IDENTIFICACIÓN: | 1128431009 |
| FECHA DE INGRESO: | 2023-04-18 |
| CARGO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| INGRESO MENSUAL: | $ 2.601.000 |
| TIPO DE CONTRATO: | TERMINO INDEFINIDO |
| FECHA DE RETIRO: | 23 de mayo de 2025 |

viernes, 23 de mayo de 2025

**ANA MARIA FELIGRAMA**
Directora de Admon de Personal y Nómina

FIRMA RECIBIDO

Cra 50 Diagonal 75B Nro 2 A-80/140
Conmutador 57 604 342 10 10
Medellín – Colombia – Sur América
NIT 800.067.065-9
Promotora Médica Las Américas
info@las-americas.com.co

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8c44694a-1360-4e96-b7e5-f0fc0f8e33ad

Nombres y apellidos / Full name: **DAYANA CAROLINA GOMEZ RIOS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 8 4 3 1 0 0 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **18/12/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3770383**

Correo electrónico / e-mail: **caritogomez16@hotmail.com**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis A Adultos | Primera | 30 | 9 | 2014 | | AHAVB602CD | BELLO DIRECCION LOCAL DE SALUD | |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 19 | 9 | 2016 | | N3B851V | BELLO CIS COMFAMA Bello | |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 24 | 11 | 2016 | | AC37B177AB | BELLO CIS COMFAMA Bello | |
| TD Adulto | Primer Refuerzo | 18 | 5 | 2017 | | D2277 | BELLO CIS COMFAMA Bello | JOVITA SEPULVEDA MUÑOZ |
| TD Adulto | Primera | 27 | 12 | 2018 | | 221502016B | MEDELLIN ESE METROSALUD SEDE S | ELOISA MARIA RIVAS ASPRILLA |
| COVID PFIZER | Primera | 5 | 3 | 2021 | | EN1195 | ITAGUI ESE H. San Rafael Itagüi | MIGDONY GARIBELLO BORJA |
| COVID PFIZER | Segunda | 26 | 3 | 2021 | | ER1742 | ITAGUI ESE H. San Rafael Itagüi | MIGDONY GARIBELLO BORJA |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 1 | 6 | 2021 | | UFX20003 | ITAGUI CIS COMFAMA Itagüí | LINA MARCELA CHAVERRA SILVA |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 20 | 6 | 2024 | | h25 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | SANDRA MILENA BERRIO GOMEZ |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

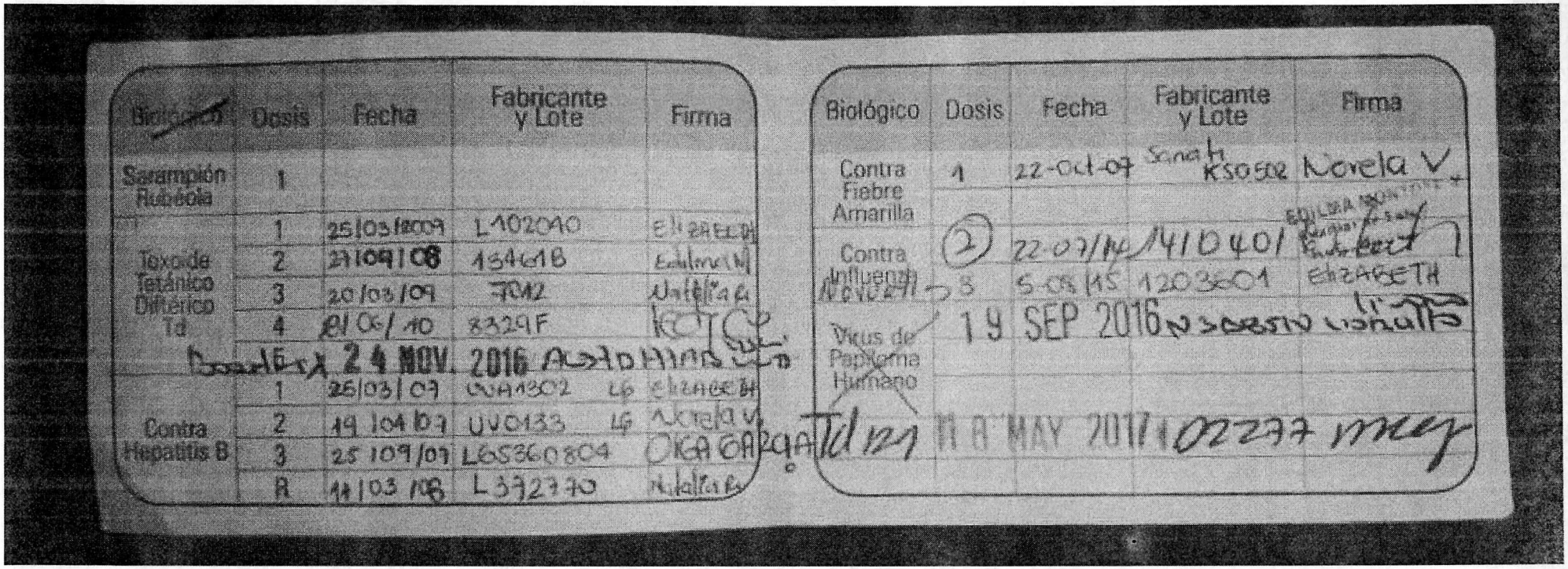
This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



Powered by CamScanner



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 25/03/2009 | L102040 | |
| | 2 | 27/09/08 | 134618 | |
| | 3 | 20/03/09 | 7012 | |
| | 4 | 21/06/10 | 8329F | |
| | | Booster 24 NOV. 2016 | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 25/03/09 | GSK1302 LG | |
| | 2 | 19/04/07 | UV0133 LG | |
| | 3 | 25/09/07 | L65360804 | |
| | R | 11/03/08 | L392770 | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 22-Oct-07 | Sanofi KS0502 | |
| Contra Influenza | 2 | 22/07/14 | 1410401 | |
| | 3 | 5-08/15 | 1203601 | |
| Virus de Papiloma Humano | | 19 SEP 2016 | | |
| Td | | 11 MAY 2017 | 102277 | |

DIRECCION SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

# RESOLUCIÓN Nº 5-1361-09
## 04 de marzo de 2009

**POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN**

**EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA**

En uso de las atribuciones legales y en especial las conferidas en las Resoluciones Nos.02085 del 7 de Febrero de 1989 y 0449 del 8 de Febrero de 1993 y el Decreto No.1875 de 1994 modificado por el Dto.1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO:**

1. Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia, ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante la autorización e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido desempeño.

2. Que DAYANA CAROLINA GOMEZ RIOS, con cedula de ciudadanía Nº 1.128.431.009 solicitó la autorización e inscripción de su certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le fue otorgado por LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, en la fecha 26 de febrero de 2009

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a DAYANA CAROLINA GOMEZ RIOS, con cedula de ciudadanía Nº 1.128.431.009 para desempeñarse como: TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, en el territorio colombiano

**ARTICULO SEGUNDO:** Para ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado, el titular deberá inscribir su nombre en la Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer la vigilancia y el control que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Medellín, 04 de marzo de 2009

CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR
SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

LSOS/Diana Stella Tobon C
3839796
2009/03/09

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-03-02--9:09:48 AM

| Tipo Identificación | Nro Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1128431009 | DAYANA | CAROLINA | GOMEZ | RIOS | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DAYANA CAROLINA GOMEZ RIOS identificado(a) con CC 1128431009 registra La siguiente información:

2026-03-02--9:09:48 AM

Información Académica

| Tipo Profesional | Clase Profesional | Profesión Ocupación Oficio | Fecha inicio ejercicio Acto Administrativo | Acto Administrativo | |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2009-03-04 | 5136109 | GOBERNACION DE ANTIOQUIA |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).