CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DANIELA HERNANDEZ GONZALEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1017218470** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1017218470
NOMBRES Y APELLIDOS	DANIELA HERNANDEZ GONZALEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	28/07/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **05/04/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ GONZALEZ DANIELA** identificado(a) con **CC** número **1.017.218.470** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

CENTRO DE VACUNACIÓN

VIDA

CUIDAMOS TU FUTURO

CENTRO DE VACUNACIÓN VIDA CUIDAMOS TU FUTURO

Carrera 15 N° 21-151 Diagonal a Javier Parrilla
Barrio La Pajuela - Tel: (605) 273 4084 - Cel: 304 488 8445
Sincelejo - Sucre



CÓDIGO N° Nº 2832

SEXO: F [X] M [ ]

USUARIO: Daniela Hernandez González

IDENTIFICACIÓN: 1.017.218.470

CELULAR: 3168242958

Vigilado Supersalud

VACUNA	DOSIS	BIOLÓGICO	LOTE	F. APLICACIÓN	FIRMA
HEPATITIS B	1a.	Serum	0345L003D	24 FEB. 2026	Nela Gonzalez Rivera AUX EN ENFERMERÍA Rg. 6425
	2a.				
	3a.				
	1r.				
HEPATITIS A	1a.				
	2a.				
VARICELA	1a.				
	2a.				
TWINRIX (HEPATITIS A+B)	1a.				
	2a.				
	3a.				
MENINGOCOCO A,C,Y, W135	ÚNICA				
MENINGOCOCO B	ÚNICA				
TRIPLE VIRAL	ÚNICA				
FIEBRE AMARILLA	ÚNICA				
TETANO DIFTERIA	1a.	Delta	220800325A	24 FEB. 2026	Nela Gonzalez Rivera AUX EN ENFERMERÍA Rg. 6425
	2a.				
	3a.				
	1r.				
	2r.				
INFLUENZA	ANUAL				





VACUNA	DOSIS	BIOLÓGICO	LOTE	F. APLICACIÓN	FIRMA
Gardasil 9	1a.				
	2a.				
	3a.				
QDENGA	1a.				
	2a.				
NEUMOVAX 23	ÚNICA				
SHINGRIX HERPES ZÓSTER	1a.				
	2a.				
PREVENAR 13	ÚNICA				
VAXNEUNANCE 15	ÚNICA				
FIEBRE TIFOIDEA	ÚNICA				
DPTA	ÚNICA				
ANTIRRÁBICA	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
OTRAS					
OBSERVACIONES:					

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: de1f0e25-5314-4850-a29d-7591b743339d

Nombres y apellidos / Full name: **DANIELA HERNANDEZ GONZALEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1017218470**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **18/04/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3168242958**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
COVID MODERNA	Primera	23	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	060D21A	MEDELLIN ESE METROSALUD CS Estadio	MANUELA TABARES VILLADA
COVID MODERNA	Segunda	28	09	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939911	MEDELLIN CIS COMFAMA Calasanz	YARA TORRES
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	21	04	2022	PFIZER	ACC5853	GUARNE PROSALCO Guarne IPS	BIBIANA ANDREA YEPES OCHOA
TD Adulto Particular	Primera	24	02	2026	DELTA	220800325A	CENTRO DE VACUNACION VIDA SAS	NELA PATRICIA GONZALEZ RIVERA - CC1103103201 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	24	02	2026	SERUM	0345L003D	CENTRO DE VACUNACION VIDA SAS	NELA PATRICIA GONZALEZ RIVERA - CC1103103201 - ACTIVO

El Ministerio 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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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.

Jackeline Voza Molina
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

225084

Nombre: HERNANDEZ GONZALEZ DANIELA
Identificación: CC 1017218470 Tel.
Edad / Genero: 31 Años 10 Meses 7 Dias / Femenino
Medico: No Asignado

Fecha de recepción: 25-feb.-2026 08:41 a. m.
Fecha de impresión: 04-mar.-2026 10:27 a. m.
Empresa: PARTICULARES

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
REMISION			
RAST VENENO ABEJA	ANEXO		

GIOVANNA FLOREZ ESPEJO
Registro No. 202

GFLOREZ

*NOTA: EN CASO DE REQUERIR AMPLIACION DEL PRESENTE INFORME DE RESULTADOS, FAVOR COMUNICARSE A NUESTRO LABORATORIO Y SOLICITAR LA ASESORIA CON EL BACTERIOLOGO DEL AREA

Jackeline Voza Molina
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

225084

Nombre: HERNANDEZ GONZALEZ DANIELA
Identificación: CC 1017218470 Tel.
Edad / Genero: 31 Años 10 Meses 7 Dias / Femenino
Medico: No Asignado

Fecha de recepción: 25-feb.-2026 08:41 a. m.
Fecha de impresión: 04-mar.-2026 10:27 a. m.
Empresa: PARTICULARES

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

Anexos

COLCAN LABORATORIO CLÍNICO

2026022504270

Copia Página 1 de 1

Nombre:	**DANIELA HERNANDEZ GONZALEZ**			Nº Ordenamiento:	**225084**
Identificación:	CC 1017218470	Tel:	999999999	Fecha de recepción:	
Edad de ingreso:	31 Años, 10 Meses, 7 Días	Sexo:		Fecha toma muestra:	25/02/2026
Fecha de nacimiento:	18/04/1994			Fecha impresión:	02/03/2026
Médico:	MEDICOS VARIOS			Sede:	SINCELEJO REFERENCIA
Empresa:	LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO JACKELINE VOZA MOLINA LTDA				

Exámen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
RAST TEST ALERGENOS: Veneno de abeja **Método: Quimioluminiscencia**	**MENOR DE 0,10**	**kU/L**	

V. de Referencia:
Clase 0: Menor de 0,10 kU/L
Clase 1 Bajo: 0,10 a 0,69 kU/L
Clase 2 Moderado: 0,70 a 3,49 kU/L
Clase 3 Alto: 3,5 a 17,49 kU/L
Clase 4 Muy Alto: 17,5 a 49,0 kU/L
Clase 5 Muy Alto: 50 a 99 kU/L
Clase 6 Muy Alto: Mayor o Igual a 100 kU/L

MAYRA XIMENA SAMACA VILLAMIL
CC 33702566
DIRECTORA DE LABORATORIO
EXAMEN AUTOVALIDADO
26-feb.-2026 10:58 a. m.

*NOTA: EN CASO DE REQUERIR AMPLIACION DEL PRESENTE INFORME DE RESULTADOS, FAVOR COMUNICARSE A NUESTRO LABORATORIO Y SOLICITAR LA ASESORIA CON EL BACTERIOLOGO DEL AREA