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
Hernandez	Gomez	Nurivia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40031795

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 4 MES 9 AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Boyaca

MUNICIPIO Tunja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

E73 #115 La colorada

PAÍS Colombia DEPTO Boyaca

MUNICIPIO Tunja

TELÉFONO 3115X944 82 EMAIL

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 12 AÑO 2009
						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

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

Powered by CamScanner

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
P&S prestación de Servicios	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
casanare	yopal	gerencia@prestacion

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3102228516	DÍA 01 MES 01 AÑO 2026	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
operador servicios 6	Hospital Metropolitano	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
corporación Lejer SAS	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Duitama	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3204662203	DÍA 01 MES 01 AÑO 2021	DÍA 31 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar servicios generales	Hospital Metropolitano	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Yenculamos		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Almacenes Exito		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Powered by CamScanner

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	14	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) 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 Tunja 01-05-2026

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

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 40.031.195
HERNANDEZ GONZALEZ

APELLIDOS
AURA MARIA

NOMBRES

Aura María Hernández

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1969
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

05-MAY-1989 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-0700100-01380020-F-0040031195-20230915 0136332781A 1 8509503097

Tunja, 30 de abril de 2026

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR HOJA DE VIDA
Convocatoria Pública No. 003 de 2026

Señores
E.S.E. SANTIAGO DE TUNJA
Hospital Metropolitano
Ciudad

Referencia: Convocatoria Pública No. 003 de 2026

Objeto: Prestación de servicios de aseo, desinfección, limpieza y recolección de residuos hospitalarios

Yo, Ana María Hernández González, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40031195, expedida en Tunja, en mi calidad de **empleado(a) de la empresa** empleador, por medio del presente documento **autorizo de manera expresa, libre y voluntaria** a dicha empresa para **presentar mi hoja de vida y documentación personal** dentro del **Proceso de Contratación – Convocatoria Pública No. 003 de 2026**, cuyo objeto es:

> **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A TODO COSTO PARA REALIZAR EL ASEO, DESINFECCIÓN, LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LAS INSTALACIONES FÍSICAS DE LA E.S.E. SANTIAGO DE TUNJA, HOSPITAL METROPOLITANO, SERVICIOS UBAS MUISCAS, FUENTE, LIBERTADOR, CENTENARIO, RUNTA, FLORENCIA, CARMEN, UNIDAD AMIGA Y CENTRO UNO."**

Así mismo, autorizo a la entidad contratante para **verificar la información suministrada**, en caso de considerarlo necesario, conforme a la normativa vigente.

Declaro que la información contenida en mi hoja de vida es **veraz, completa y actualizada**, y que esta autorización se otorga únicamente para los fines relacionados con el proceso de contratación antes mencionado.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Tunja, a los 30 días del mes de abril de 2026.

Atentamente,

Nombre completo: Ana María Hernández
Cédula de ciudadanía: 40031195
Cargo: Auxiliar Servicios Generales
Firma: _____
Teléfono: 3115279448
Correo electrónico: _____

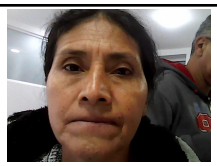
Powered by CamScanner

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Cel. 317 638 6099 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: AURA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ
Identificación: CC 40031195
Género: F Fecha de Nacimiento: 1969-10-01 Edad: 56 A
Teléfono: 3115794487
Dirección CRA 6 N. 73 INT 115
Residencia: TUNJA
Profesión: AUXILIAR
Nivel Educativo: Tecnica Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Separado(a)
Empresa: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Empresa en misión: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Actividad económica:
EPS: Sanitas S.A. ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242579 Fecha apertura: 20251230 07:13:54
Fecha cierre: 20251230 10:55:16
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: Servicios generales

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR),TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN OPTOMETRICO

RECOMENDACIONES LABORALES

CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS LABORALES
MANEJO ADECUADO DE CARGAS
MEDIDAS ANTI ESTASIS VENOSA
CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA SEGÚN EXPOSICIÓN

MANEJO POR EPS

OTORRINOLARINGOLOGÍA
NUTRICIÓN

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

ACTIVIDAD FÍSICA FRECUENTE
CONTROL DE COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS

INCLUIR EN PVE

VISUAL
AUDITIVO

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Audiometría confirmatoria.
Examenes complementarios.
Reposo auditivo extralaboral.

RESTRICCIONES LABORALES

EXPOSICIÓN A RUIDO SUPERIOR A 85 dB

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO CON RECOMENDACIONES



Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO
Identificación: CC 53890796
Especialidad:
Licencia S.O.: 1051 - Exp 06/08/2019 Registro No.: 8820-07

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 40031195

Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CÓDIGO: SS-P134-F04
		FECHA: 26/May/2017

RESOLUCIÓN 1051

(06 AGO 2019)

"Por medio de la cual se renueva una licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional "Seguridad y Salud en el Trabajo"

El SECRETARIO DE SALUD DE BOYACÁ

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución No 1050 del 09 de Julio de 2009 expedida por la Secretaría De Salud De Boyacá se otorgó Licencia para la prestación de servicios en salud ocupacional **JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO**, identificado(a) con C.C No 53.890.796, como MÉDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES, por vigencia de 10 años, de acuerdo con los requisitos de la Resolución 2318 del 15 de Julio de 1996.

Que la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, establece que la Expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, estará a cargo de las Secretarias Seccionales y Distritales de Salud, en cumplimiento de la competencia asignada a estas por el inciso primero del artículo 23 de la citada ley.

Que **JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO,** identificado (a) con C.C Nº 53.890.796, ha solicitado renovación de licencia de prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo cumpliendo con los requisitos establecidos en los Artículos 2 de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar formación en un área de la Salud Ocupacional.

Que los documentos fueron verificados por la profesional de la Secretaria de Salud, referente del procedimiento de otorgamiento y renovación de las licencias de Salud Ocupacional.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO, renovar licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional Seguridad y Salud en el Trabajo a **JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO,** como MÉDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES, en los campos de acción:

- Medicina y seguridad y salud en el trabajo.
- Investigación en área técnica
- Investigación del Accidente de trabajo de acuerdo con su competencia según formación académica
- Educación
- Capacitación
- Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la salud y la seguridad en el trabajo.

Scanned by CamScanner

GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO 1051	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: SS-P134-F04
LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA: 26/May/2017

ARTICULO SEGUNDO, la licencia que trata el artículo anterior tiene carácter personal e intransferible y es válida en todo el territorio nacional por una vigencia de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución y podrá ser renovada por un término igual.

ARTICULO TERCERO, Que los titulares de las licencias, deberán cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas, técnicas y éticas para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, que para tal fin expida el Ministerio de Salud y Protección Social

ARTICULO CUARTO, En contra de la presente resolución, procede los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia, para ante el Secretario de Salud de Boyacá y Gobernador de Boyacá, respectivamente, según el Artículo 13 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de su notificación, según lo preceptuado en la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO QUINTO, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

Dado en Tunja a los, 06 AGO 2019

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
Secretario de Salud de Boyacá

MONICA MARIA LONDOÑO FORERO
Directora Técnica de Promoción y Prevención en Salud

Elaboro: Judy Edith Ibáñez R
Profesional Universitario

Tunja, 28 - Agosto - 2019
A la fecha notifiqué personalmente al señor(a) Julie Catherine Sierra Angulo
C.C. No 53.890.796
Res No. 1051 fecha expedida 06- AGO-2019
Firma del notificado: Catherine Sierra A
Firma Notificador Angie Carrillo
Secretaria de salud
Cargo: Apoyo Administrativo

La verificación de este acto administrativo puede ser verificada en la página: www.boyaca.gov.co/ Dependencias / Secretaria de Salud / Tramites y Servicios / Dirección Técnica Salud Pública / Licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en El Trabajo / Relación licencias expedidas por trimestre.

Scanned by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d5b47945-ac90-417d-b137-4addc7419700

Nombres y apellidos / Full name: **AURA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **4003119 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/10/1969**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3115794487**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	05	06	2015		K53381	TUNJA BATALLON CACIQUE TUNDAMA	
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	04	03	2020		UFX19002	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
TD Adulto Particular	Primera	04	03	2020		220800319D	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	03	04	2020		UFX19002	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
TD Adulto	Segunda	03	04	2020		2338X004AE	CORPORACIÓN MI IPS BOYACÁ	NELCY BIBIANA GONZALEZ
TD Adulto Particular	Segunda	04	04	2020		2330L021C	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	08	10	2020		AHBVC877AB	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
TD Adulto Particular	Tercera	08	10	2020		220800519B	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	04	12	2020		V50220016	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ
COVID PFIZER	Primera	27	02	2021		EN1195	TUNJA PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO	CLAUDIA MILENA HERNANDEZ GONZ
COVID PFIZER	Segunda	20	03	2021		EN1195	TUNJA PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO	EULALIA ARIAS SANCHEZ
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	30	12	2021	Janssen	204F21A	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	NELCY CECILIA OLIVOS GONZALEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	06	01	2022		UFX20008	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
TD Adulto Particular	Cuarta	06	01	2022		220801120B	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO

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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d5b47945-ac90-417d-b137-4addc7419700

Nombres y apellidos / Full name: **AURA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **4003119500000**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/10/1969**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3115794487**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	13	07	2022	PFIZER	PCA0070	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	NINI JHOANA SIERRA
TD Adulto Particular	Quinta	01	06	2023		220800222A	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	15	07	2023		230050	PUESTO DE SALUD LOS MUISCAS	HILDA TURCA GONZALEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	11	07	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - CENTRO AMIGABLE	ANA OLIVA MORENO CASTELBLANCO - CC40028199 - 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.