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 |
|---|---|---|
| Patiño | Parra | Erika Fernanda. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023940402

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 21 MES 12 AÑO 1994

PAÍS: Colombia

DEPTO: Boyaca

MUNICIPIO: Tunja.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 8a sur este 47

PAÍS: Colombia DEPTO: Tunja.

MUNICIPIO: Boyaca

TELÉFONO: 3142396727 EMAIL: erikapatino016@gmail.

## 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 X | MES 10 AÑO 2013 |

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | Bachiller tec. | 12 | 2013. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| PYS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Boyacá | Tunja | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3232844644 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2016 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Operaria de servicios generales | | Hospital Metropolitano |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| MCD | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Boyacá | Tunja | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 10 MES 03 AÑO 2015 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Operaria de servicios generales | | Hospital Metropolitano |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SONRISAS DE AMOR Y ESPERANZA | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Boyacá | Tunja | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3217584490 | DÍA 28 MES 06 AÑO 2014 | DÍA 06 MES 01 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Cuidadora y servicios generales | | Barrio Muiscas |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| 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 | 12 | 5. |
| 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 Boyaca 01-05-2026

Epra Patiño

*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 1.023.940.402

PATIÑO PARRA
APELLIDOS

ERIKA FERNANDA
NOMBRES

Erika Patiño.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1994
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-FEB-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0700100-00855120-F-1023940402-20161013 0051804030A 1 6774102448

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, Erika Fernanda Patiño Paira, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1023940402, expedida en Tunja' Boyaca, en mi calidad de **empleado(a) de la empresa** Ese Santiago de tunja, 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:** Erika Fernanda Patiño Paira
**Cédula de ciudadanía:** 1023940402
**Cargo:** Operaria de Servicios Generales.
**Firma:** Erika Patiño
**Teléfono:** 3142396727
**Correo electrónico:** Erikapatino016@gmail.com

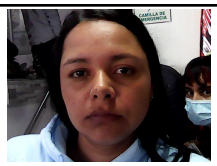
Powered by CamScanner

**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: ERIKA FERNANDA PATIÑO PARRA
Identificación: CC 1023940402
Género: F Fecha de Nacimiento: 1994-12-21 Edad: 31 A
Teléfono: 3142396727
Dirección EL CURUBAL
Residencia: TUNJA
Profesión: SERVICIOS GENERALES
Nivel Educativo: Secundaria Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
**Empresa en misión:** PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Actividad económica:
EPS: Nueva EPS ARL: Sin información AFP: Porvenir



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242593 Fecha apertura: 20251230 07:39:49
Fecha cierre: 20251230 12:13:42
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

Balance Postural.
Higiene postural.
Manejo adecuado de cargas.
Pausas activas para espalda alta.
Uso permanente de corrección óptica.
Uso de Elementos de Protección Personal.

### MANEJO POR EPS

Valoración por optometra anual.
Manejo para dislipidemia en eps.

### HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Control cada año.
Dieta baja en carbohidratos y grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.
Medidas antiestasis venoso.

### INCLUIR EN PVE

Riesgo biologico y bioseguridad.
Conservación visual.
Osteomuscular.

### RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Reposo auditivo extralaboral.

### RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

control cada año.
uso de correccion optica permanente Y PARA LABORAR.

## RESTRICCIONES LABORALES

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

Liliana Paola Vargas
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0072/06 LSO 1266

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ
**Identificación:** CC 33701530
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 1091 - Exp Registro No.: 0072-06

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1023940402

# RESOLUCIÓN 1091

**(8 de septiembre de 2020**)

"Por medio de la cual se Modifica una licencia de prestación de servicios en "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 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 LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ, identificado(a) con C.C Nº 33701530 como MEDÍCO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES., ha solicitado modificación de la licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, con resolución vigente No 1266 de fecha 10/08/2010, de prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo en el sentido de modificar: , cumpliendo con los requisitos establecidos en la Resolución 4502 de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar esta novedad.

Que es procedente acceder a la solicitud de modificación.

## RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO**, Modificar licencia de prestación de servicios de Salud Ocupacional Seguridad y Salud en el Trabajo otorgada a **LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ como MEDÍCO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**, en cuanto a , y en los campos de acción:

Medicina en seguridad y salud en el trabajo
Psicología en 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:

**ARTICULO SEGUNDO**, Los demás aspectos no modificados en la Resolución No 1266 de fecha 10/08/2010, conservan su vigencia.

**ARTICULO TERCERO**, 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 CUARTO**, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

Dado en Tunja. , el 8 de septiembre de 2020.

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE**



JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ
SECRETARIO DE SALUD

Revisó: MONICA MARIA LONDOÑO FORERO
Director(a) Promoción y Prevención en Salud

Elaboró: JUDY EDITH IBAÑEZ RODRIGUEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 061fb437-fd74-4009-87e0-d2f39993e736

Nombres y apellidos / Full name: **ERIKA FERNANDA PATIÑO PARRA**

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

Número de identificación / ID Number: **1023940402**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **21/12/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3124809920**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@gmail.com**

## 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 | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | 15 | 01 | 2007 | Trimovax | | UBA LOMAS | |
| COVID JANSSEN | Única | 01 | 10 | 2021 | Janssen | 203F21A | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA | MARIESLENDY RINCON GUIO |
| COVID JANSSEN | Primer Refuerzo | 02 | 05 | 2022 | Janssen | 208H21A | Clínica Chía | MARITZA MONTAÑA |
| TD Adulto Particular | Primera | 12 | 12 | 2022 | | 220800621A | TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS | JOSE ALFREDO CRUZ FORERO |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 12 | 12 | 2022 | | W3B071V | TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS | JOSE ALFREDO CRUZ FORERO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 08 | 09 | 2023 | BUTANTAN | 230047 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA | DIANA MARCELA HOMEZ BERNAL |
| TD Adulto | Segunda | 10 | 10 | 2023 | Serum | 2332L004B | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA | MARIA ADELIA PEREZ |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 02 | 11 | 2023 | Serum | C5898BB | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | DORIS CECILIA CANO SANCHEZ |
| TD Adulto | Tercera | 02 | 11 | 2023 | | C5898BB | TUTA ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL | DORIS CANO |
| Fiebre Amarilla | Única | 08 | 04 | 2025 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 23K0315 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1 | EULALIA ARIAS SANCHEZ - CC23350046 - ACTIVO |
| TD Adulto | Cuarta | 08 | 04 | 2025 | Serum | 2333L021C | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1 | EULALIA ARIAS SANCHEZ - CC23350046 - ACTIVO |
| TD Adulto | Quinta | 08 | 04 | 2025 | Serum | 2333L021C | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1 | EULALIA ARIAS SANCHEZ - CC23350046 - ACTIVO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 11 | 07 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525006 | PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - CENTRO AMIGABLE | ANA OLIVA MORENO CASTELBLANCO - CC40028199 - ACTIVO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 11 | 07 | 2025 | | 24GHBV017 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ "COMFABOY" - IPS COMFABOY | LAURA VALENTINA LARROTTA HURTADO |

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: 061fb437-fd74-4009-87e0-d2f39993e736

Nombres y apellidos / Full name: **ERIKA FERNANDA PATIÑO PARRA**

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

Número de identificación / ID Number: **1023940402**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **21/12/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3124809920**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@gmail.com**

## 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 | | | | |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 04 | 03 | 2026 | Serum | 0095M002 | PUESTO DE SALUD LOS MUISCAS | HILDA TURCA GONZALEZ - CC24017181 - 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.