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
Jaime	Diaz.	Gardy Jazmin.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1092343262 — 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 20 MES 10 AÑO 1998

PAÍS: Colombia.

DEPTO: Boyaca.

MUNICIPIO: Tunja.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 12A # 4B- 19

PAÍS Colombia DEPTO Boyaca.

MUNICIPIO Tunja.

TELÉFONO 3502029466 EMAIL gardy.jazmin.jaimedia7@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 12 AÑO 2007
									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
TL	6	X		Tecnologo en Regencia de Farmacia.	10	2025	

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
Ingles.	X			X			X		

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
PS Prestación de Servicios.		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca.	Tunja	

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux. Ser. Generales.		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MSD	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja.	dir.gestionhumana@msddigital.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 03 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Aseo Totals	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja.	Aseototal50@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3108913508	DÍA 02 MES 08 AÑO 2024	DÍA 30 MES 03 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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			
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		4	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA			

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 Tunja. 26-03-26.

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 1.092.343.262

JAIME DIAZ

APELLIDOS

GARDY JAZMIN

NOMBRES

Gardy Jazmin Jaime Diaz

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1988

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

28-AGO-2007 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2500100-01148215-F-1092343262-20200722 0071308241A 1 9912670274

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, Gardy Jazmin Jaime Diaz mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1092343262 expedida en villa de Rosario, en mi calidad de empleado(a) de la empresa P&S prestación de servicios 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: Gardy Jazmin Jaime Diaz

Cédula de ciudadanía: 1092343262

Cargo: Auxiliar de Servicios Generales

Firma:

Teléfono: 3502029466

Correo electrónico: gardyjazminjaimediaz@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: GARDY JAZMIN JAIME DIAZ
Identificación: CC 1092343262
Género: F Fecha de Nacimiento: 1988-10-20 Edad: 37 A
Teléfono: 3502029466
Dirección CALLE 12 A No 4 B -19
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: Sanitas S.A. ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242674 Fecha apertura: 20260102 07:07:01
Fecha cierre: 20260102 11:59:44
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: AUXILIAR DE 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
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

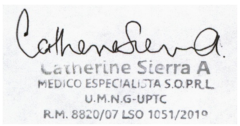
EPA según PVE.
Reposo auditivo extralaboral.

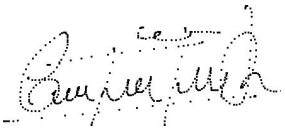
RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

control cada año.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO





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 1092343262

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: 4cf24075-87ea-48af-b923-c3c457f36c3e

Nombres y apellidos / Full name: **GARDY JAZMIN JAIME DIAZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1092343262**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **20/10/1988**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3502029466**

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				
COVID JANSSEN	Única	28	10	2021	Janssen	204F21A	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	CLAUDIA MILENA HERNANDEZ GONZALEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	01	12	2021		UFX20008	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO
TD Adulto	Primera	01	12	2021	Serum	2330L021C	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ
TD Adulto	Segunda	13	01	2022	Serum	2330L021C	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	26	07	2022		1INICIANUE-220500322C	TUNJA PROFAMILIA	ADIELA ESPERANZA SAAVEDRA PARRA
TD Adulto	Tercera	26	07	2022		2331I011c	TUNJA SANITAS CENTRO MEDICO	BLANCA M.
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	30	05	2023		2205000422A	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	ESPERANZA SAAVEDRA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	31	05	2023	BUTANTAN	230050	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	ROSA ELENA NAJAR PACHECO
TD Adulto	Cuarta	27	07	2023	Serum	2331L027C	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ
TD Adulto	Quinta	01	04	2024	Serum	2333Q012B	TUNJA SANITAS CENTRO MEDICO	CLAUDIA ESPERANZA RODRIGUEZ LAITON
TdaP Acelular Gestante	Anual	14	05	2024	Sanofi Pasteur	C5926AB	TUNJA SANITAS CENTRO MEDICO	CLAUDIA ANDREA SEPULVEDA DAZA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	14	05	2024	Green Cross	V50524001	TUNJA SANITAS CENTRO MEDICO	CLAUDIA ANDREA SEPULVEDA DAZA
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	Refuerzo	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: 4cf24075-87ea-48af-b923-c3c457f36c3e

Nombres y apellidos / Full name: **GARDY JAZMIN JAIME DIAZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1092343262**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **20/10/1988**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3502029466**

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				
Fiebre Amarilla	Única	21	10	2025	Sanofi Pasteur	Y3D33	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	CLAUDIA MILENA HERNANDEZ GONZALEZ - CC33368825 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	24	02	2026	Serum	0094W003	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	MARIA LINA MONROY MARTINEZ - CC24221427 - 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.