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
Pulido	Diaz	Sandra Janneth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40'044 540

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 15 MES 12 AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Tunja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kra 5A # 1A-20 Bio fluvial

PAÍS Colombia DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Tunja.

TELÉFONO 3143391718 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	X	MES 12 AÑO 1993

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 Semestre	X		Auxiliar de laboratorio clinico	09	2000	
TC	3 Semestres	X		Tecnico en auxiliar enfermeria	12	2002	0923
TC	4 Semestres	X		Tec. en atencion a la primera infancia	07	2010	42834

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
PDS prestación de Servicios	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyacá. Casanare	Yopal.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3232841644	DÍA 01 MES 01 AÑO 2026	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinadora Ser. Generales	Hospital Metropolitano - Ubos	Calle 8 # 21-47

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HSB Distriserui	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyacá	Yopal.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3147270434	DÍA 01 MES 02 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinadora Ser. Generales	Hospital Metropolitano - Ubos	Calle 49 # 1-45

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Aseo Total S	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Ibague.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3186442659	DÍA 01 MES 03 AÑO 2024	DÍA 03 MES 03 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinadora Ser. Generales	Hospital Metropolitano - Ubos	Ibague.

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.

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	2 años	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ 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 Mayo 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

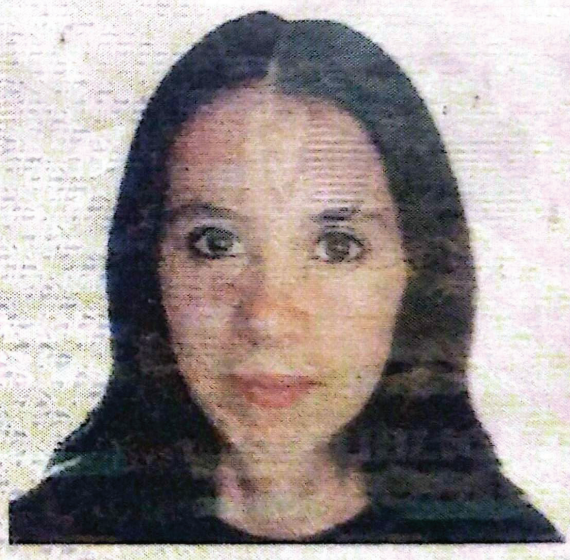
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.044.590**

PULIDO DIAZ
APELLIDOS

SANDRA JIMENA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1978**

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-FEB-1997 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0700100-33133241-F-0040044590-20050712 **01963** 05193C 02 156894216

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, Sandra Jimena Pulido Díaz, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40'044.690, expedida en Tunja, en mi calidad de **empleado(a) de la empresa** PAS prestacion 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,

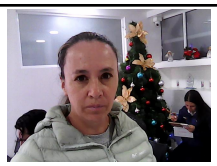
Nombre completo: Sandra Jimena Pulido Díaz
Cédula de ciudadanía: 40'044.690.
Cargo: Coordinadora Servicios Generales.
Firma: (Sandra P.)
Teléfono: 3143391718.
Correo electrónico: pulidodiazsandrajimena@gmail.com

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: SANDRA JIMENA PULIDO DIAZ
Identificación: CC 40044590
Género: F Fecha de Nacimiento: 1978-12-15 Edad: 47 A
Teléfono: 3143391718
Dirección CARRERA 45 AN No 1A-20
Residencia: TUNJA
Profesión: COORDINADOR
Nivel Educativo: Tecnica Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Casado(a)
Empresa: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Empresa en misión: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Actividad económica:
EPS: Nueva EPS ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242676 Fecha apertura: 20260102 07:13:26
Fecha cierre: 20260102 12:11:33
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: COORDINADORA

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 de corrección óptica permanente Y PARA LABORAR.
Uso de Elementos de Protección Personal.

MANEJO POR EPS

Valoración por optometra anual.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Control cada año.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.
Medidas antiestasis venoso.

INCLUIR EN PVE

Osteomuscular.
Visual.

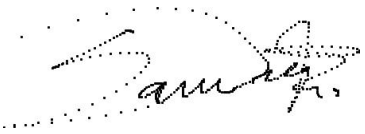
RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

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

RESTRICCIONES LABORALES

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





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 08/09/2020 Registro No.: 0072-06

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 40044590

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: 4cd1ed5b-a636-4785-a53a-2764e6195328

Nombres y apellidos / Full name: **SANDRA JIMENA PULIDO DIAZ**

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

Número de identificación / ID Number: **4 0 0 4 4 5 9 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **15/12/1978**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **24935365**

Correo electrónico / e-mail: **NA@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				
Hepatitis B Adultos	Segunda	22	10	2010		9C291-D	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
Hepatitis B Adultos	Primera	25	10	2010		9C291-0	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
Hepatitis B Adultos	Tercera	23	12	2010		9C3003-0	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
TD Adulto	Primera	23	02	2011		29003-1	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
Hepatitis B Adultos	Refuerzo	21	12	2011		034006	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
TD Adulto	Segunda	12	03	2012		2224L007D	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
TD Adulto	Tercera	26	10	2012		NO REGISTRA	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
TD Adulto	Cuarta	23	06	2015		D2221	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
TD Adulto	Quinta	23	06	2016		D2276	PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR	NO REGISTRA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	06	2020		V50220006	CLINICA MEDILASER S.A	MELBAPATRICIA FUENTES VELANDIA
COVID PFIZER	Primera	12	03	2021		EN1195	CLINICA MEDILASER S.A	MARIBEL ROJAS DIAZ
COVID PFIZER	Segunda	03	04	2021	PFIZER	ER1742	CLINICA MEDILASER S.A	NUBIA BARON
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	27	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	CARVAJAL LABORATORIOS IPS	LAURA VANESSA MORENO MARTINEZ
Fiebre Amarilla	Única	15	04	2025		k023650	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS

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: 4cd1ed5b-a636-4785-a53a-2764e6195328

Nombres y apellidos / Full name: **SANDRA JIMENA PULIDO DIAZ**

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

Número de identificación / ID Number: **4 0 0 4 4 5 9 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **15/12/1978**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **24935365**

Correo electrónico / e-mail: **NA@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				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	11	07	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - CENTRO AMIGABLE	ANA OLIVA MORENO CASTELBLANCO - CC40028199 - ACTIVO
TD Adulto	Primer Refuerzo	11	07	2025	Serum	2334X006A	PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - CENTRO AMIGABLE	ANA OLIVA MORENO CASTELBLANCO - CC40028199 - INACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	24	02	2026	Serum	0095M003	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ - CC23350046 - 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.

SERVICIOS EMPRESARIALES SYK

NIT: 900.789.555- 7

CERTIFICA A QUIEN INTERESE

Se certifica que él (la) Señor(a) **SANDRA JIMENA PULIDO DIAZ,** identificada con cédula **CC. 40044490** laboró en nuestra empresa desde el día **01 de mayo de 2024 hasta el 03 de marzo de 2025** desempeñando el cargo de **SUPERVISORA DE ASEO** devengando un salario base de (**$1.650.000)** + **bonificación de ($382.000),** más auxilio de transporte con contrato por obra labor.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 10 días del mes septiembre de 2025, en Ibagué Tolima.

ERNESTO ALFONSO QUIROGA
REPRESENTANTE LEGAL

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTION HUMANAHACE CONSTAR QUE:

El Señor (a):	SANDRA JIMENA PULIDO DIAZ
Cedula de ciudadanía:	40044590
Labora (ò) desde - hasta:	31/03/2025 – 31/12/2025
Cargo:	COORDINADORA SERVICIOS GENERALES
Tipo de Contrato:	OBRA/LABOR
Salario:	Salario mínimo, más auxilio de rodamiento de $600.000.

La presente se expide a solicitud de la interesada el 31 de diciembre de 2025.

Cordialmente,

JENNY ESPERANZA GALINDO CAICEDO
DIRECTORA DE GESTION HUMANA

El suscrito coordinador de Talento Humano

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS

Que **SANDRA JIMENA PULIDO DIAZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **40.044.590 de Tunja,** ha ejercido funciones dentro de la empresa demostrando **idoneidad, liderazgo y capacidad operativa**, especialmente en las siguientes competencias:

- **Manejo de grupos de trabajo**, orientado a la organización, supervisión y control de personal.
- **Coordinación del normal desarrollo de las actividades internas**, garantizando la correcta ejecución de las labores diarias asignadas.
- Seguimiento permanente a los procesos operativos, asegurando el cumplimiento de los estándares definidos por la empresa.
- Apoyo en la planificación y distribución de tareas, contribuyendo al logro de los objetivos operativos.

P&S Prestación de Servicios, presta los servicios de Aseo en las instalaciones del hospital E.S.E Santiago de Tunja.

Se expide a los dos (02) días del mes de mayo del año dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

DIANA CAROLINA VASQUEZ ·
Coordinadora Talento Humano

www.prestaciondeservicios.com.co

www.prestaciondeservicios.com.co
Prestación de Servicios P&S

Prestación de Servicios P&S
@prestaciondeservicios_pys

Cel: 320 859 35 99
Tel.: (098) 632 22 57
Cra. No. 24 No. 12-72 - Ofc. 201
Yopal - Casanare - Colombia