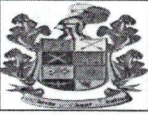


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE				LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACION					
		Versión: 0						Fecha:	
DEPENDENCIA	DOCUMENTOS	TIPO DE PAGO	PERIODICIDAD			CUMPLE		OBSERVACIÓN	FIRMA JEFE DE SECCIÓN Y/O RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN
			PRIMER PAGO	SIEMPRE	N/A	SI	NO		
SUPERVISOR CONTRATO	ACTA DE RECIBIDO A SATISFACCION	COMPRAS Y SERVICIOS							
	FACTURA	COMPRAS Y SERVICIOS							
	INFORME DE SUPERVISION	PRESTADORES DE SERVICIOS	X	X					
	INFORME DE GESTION		X	X					
	CERTIFICACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES		X	X					
	PLANILLA PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES		X	X					
	COPIA DEL CONTRATO								
	COPIA DE POLIZA Y APROBACION DE POLIZA		X						
	COPIA DEL CDP Y CRP		X						
	AFILIACION ARL		X						
CETIFICACION BANCARIA		X							
JURIDICA	OFICIO SOLICITUD TRAMITE ADMINISTRATIVO DE PAGO	TUTELAS		X					
	OFICIO ORDEN CUMPLIMIENTO DEL FALLO	TUTELAS		X					
AUDITORIA MEDICA	CERTIFICACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES							PARA PAGOS POR RESOLUCION RECONOCIMIENTO DEL GASTO	
	PLANILLA PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES								
	CONCEPTO	TUTELAS Y SERVICIOS		X					
COORDINADOR VIATICOS	FORMATO CUMPLIDO DE COMISIÓN	VIATICOS		X					
	SOLICITUD DE PASAJES Y VIATICOS	VIATICOS		X					
	ORDEN DEL DIA	VIATICOS		X					
	TIQUETES AEREOS (NO APLICA PARA TERRESTRES)	VIATICOS		X					
ADMINISTRATIVA	ENTRADA AL ALMACEN	COMPRAS		X					
	CONTRATO O RESOLUCIÓN	COMPRAS, SERVICIOS, VIATICOS.		X					
	ACTA DE INICIO DEL CONTRATO	TODOS	X						
	FORMATO OBLIGACION Y ORDEN DE PAGO DE SECCIÓN ADMINISTRATIVA	TODOS		X					
	POLIZA	TODOS	X						
	CERTIFICADO DE APROBACION DE GARANTIA UNICA	TODOS	X						
	CERTIFICACIÓN BANCARIA	TODOS	X						
	RUT	TODOS	X						
	CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL (ARL)	PRESTADORES DE SERVICIOS	X						
	PLANILLA SERVICIOS PÚBLICOS	SERVICIOS PUBLICOS		X					
PRECONTRACTUAL	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	TODOS	X						
FINANCIERA -PRESUPUESTO	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	TODOS		X					
	COMPROMISO	TODOS		X					
FINANCIERA -CONTABILIDAD	OBLIGACIÓN	TODOS		X					
FINANCIERA -TESORERÍA	ORDEN DE PAGO	TODOS		X					

Para realizar el tramite de pago las personas o dependencias involucradas en el proceso deben verificar y constatar mediante firma que los documentos soportes se encuentran anexos.

PD8 DORIS EDITH MARIN MARQUEZ
CONTADORA DMORI

SS. ROBISON LLANOS ORTIZ
TESORERO DMORI

CUENTA DE COBRO N° 03

LUGAR Y FECHA: Villavicencio 06 de Mayo de 2026

EL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
NIT 901541154

Kilómetro 7 vía puerto López Cantón Militar de Apiay

Villavicencio

Debe a:

: ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA
CC 11.413.902 de Cáqueza
DIRECCION: Conjunto Morichal Torre 10 Apto 103
Celular: 310 34922346

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las especificaciones técnicas y/o entregables, descritas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales 159-DMORI- 2026 me permito elevar la presente cuenta de cobro correspondiente al mes de: ABRIL, por la suma de (CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS MCTE) (\$4.224.000,00). Cuyo valor solicito sea abonado a mi cuenta bancaria No **0985000725 BANCO BBVA**

Así mismo, declaro voluntariamente bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983. No estoy obligado a expedir factura de venta.

Conforme a las disposiciones en materia administrativa de la Dirección de Sanidad Ejercito, anexo a la presente la factura de planilla para pago de Seguridad Social Colombiano, así como, el Certificado de aportes.



ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA
CC 11.413.902 de Cáqueza
DIRECCION: Conjunto Morichal Torre 10 Apto 103
N° de Contrato 159-DMORI-2026

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL



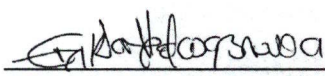
DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
NIT 901541154
INFORME DE GESTIÓN No. 03

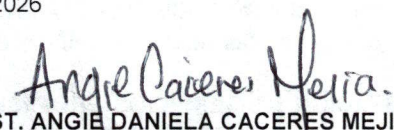
Fecha: Villavicencio, 06 de Mayo de 2026

1. No. DEL CONTRATO	159- DMORI-2026
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	30 ENERO 2026
3. POLIZA DE SEGUROS	No De la Póliza 30-44-101068851- 30-03-101005233 Entidad que expide la póliza: ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO
4. CDP Y CRP	No. CDP: 6326 Fecha : 11-01-2026 No. CRP: 17826 Fecha : 29-01-2026 Unidas/Sub-unidad ejecutora DMORI Dependencia DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES Fuente: NACION Recurso: 16 Valor \$ 46.464.000.00
5. FECHA EJECUCIÓN CONTRACTUAL INICIO	02 DE FEBRERO 2026
6. CONTRATISTA	Nombre completo: ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA Identificación: 11.413.902 de Cáuzeza Dirección: Conjunto Morichal Torre 10 Apto 103 Ciudad de residencia: Villavicencio Celular: 310 34922346 E-mail de contacto: erikjairvelasquez17@gmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: ST. ANGIE DANIELA CACERES MEJIA Cargo: Supervisor Resolución de nombramiento emitida por la oficina de Contratación del DMORI
8. OBJETO CONTRACTUAL	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI".
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	OBLIGACIONES ESPECIFICAS: 1) Llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar los casos de enfermedades de declaración obligatoria según formatos establecidos por el Ministerio de Salud. 2) Remitir pacientes a médicos especialistas o convenios de servicios médicos cuando se requiera siguiendo las normas establecidas para dicho efecto. 3) Diligenciar fichas de notificación de los eventos de notificación obligatoria que haya atendido. 4) Diligenciar el registro Individual de prestación de servicios conforme a los lineamientos del dispensario. 5) Diligenciar en las bases de datos diariamente el registro de la consulta, procedimientos o atenciones realizadas.

	6) Registrar la información en las bases de datos que funcionan en la Institución. 7) Estudiar y evaluar la información de los especialistas interconsultados para determinar la pertinencia de los tratamientos a seguir. 8) Ordenar los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios y que se encuentren amparados por las coberturas de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios del DISPENSARIO MEDICO ORIENTE . 9) Direccionar y desarrollar la atención para los usuarios en los programas de promoción y prevención establecidos por el DISPENSARIO MEDICO ORIENTE . 10) Las anteriores obligaciones se realizarán en el servicio de salud pública del DMORI con un total hasta de 264 pacientes con consultas programadas de 30 minutos cada una. 11) En caso de ser requerido y/o por causa justificada para realizar consulta en el área de PRIORITARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, SALAS DE CIRUGÍA del DMORI, deberá apoyar estos servicios y las horas que allí laboren serán tenidas en cuenta en su productividad, la atención será a demanda o según programación.
10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1) Recibí turno en el área de salud pública. 2) Remití pacientes a médicos especialistas o convenios de servicios médicos cuando lo requirieron. 3) Formulé medicamentos a los pacientes 4) Ordene los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios 5) Se realizó atención de pacientes por consulta con un total de 264 atendidos.
11. CONSTANCIAS	Dejo constancia que, durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato. Así mismo, tanto el/la suscrito/a y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional – Unidad Ejecutora ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato.

Para constancia se firma en, Villavicencio 06 de Mayo de 2026


ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA.
 MEDICO GENERAL
 CC. 11.413.902 DE CÁQUEZA


ST. ANGIE DANIELA CACERES MEJIRA.
 CARGO SUPERVISOR
 SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 159

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL



DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE

NIT 901541154

INFORME DE SUPERVISIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN No. 03
PARCIAL ☐ TOTAL ☐

Villavicencio, 06 de Mayo de 2026

1. CONTRATISTA	Nombre completo: ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA Identificación: 11.413.902 de Cáqueza Dirección: Conjunto Morichal Torre 10 Apto 103 Ciudad de residencia: Villavicencio Celular: 310 34922346 E-mail de contacto: erikjairvelasquez17@gmail.com Cuenta Bancaria 0985000725 BANCO BBVA
2. SUPERVISOR	Nombre completo: ST. ANGIE DANIELA CACERES MEJIA Cargo: Supervisor Resolución de nombramiento emitida por la oficina de Contratación del DMORI
3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. Del contrato: 159-DMORI-2026 Fecha de suscripción: 30 DE ENERO DE 2026
4. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	No De la Póliza 30-44-101068851- 30-03-101005233 Entidad que expide la póliza: ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO
5. CRP	No. CRP: 17826 Fecha : 29-01-2026 Unidas/Sub-unidad ejecutora DMORI Dependencia DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES Fuente: NACION Recurso: 16 Valor \$ 46.464.000.00
6. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	30 ENERO DE 2026
7. PLAZO DE EJECUCIÓN	02 Febrero al 31 DICIEMBRE DE 2026
8. OBJETO CONTRACTUAL	“PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI”
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar los casos de enfermedades de declaración obligatoria según formatos establecidos por el Ministerio de Salud. 2. Remitir pacientes a médicos especialistas o convenios de servicios médicos cuando se requiera siguiendo las normas establecidas para dicho efecto. 3. Diligenciar fichas de notificación de los eventos de notificación obligatoria que haya atendido. 4. Diligenciar el registro Individual de prestación de servicios conforme a los lineamientos del dispensario. 5. Diligenciar en las bases de datos diariamente el registro de la consulta, procedimientos o atenciones realizadas. 6. Registrar la información en las bases de datos que funcionan en la Institución. 7. Estudiar y evaluar la información de los especialistas interconsultados para determinar la pertinencia de los tratamientos a seguir.

	8. Ordenar los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios y que se encuentren amparados por las coberturas de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios del DISPENSARIO MEDICO ORIENTE. 9. Direccionar y desarrollar la atención para los usuarios en los programas de promoción y prevención establecidos por el DISPENSARIO MEDICO ORIENTE. 10. Las anteriores obligaciones se realizaran en el servicio de salud publica del DMORI con un total hasta de 264 pacientes con consultas programadas de 30 minutos cada una. 11. En caso de ser requerido y/o por causa justificada para realizar consulta en el área de PRIORITARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, SALAS DE CIRUGIA del DMORI , deberá apoyar estos servicios y las horas que allí laboren serán tenidas en cuenta en su productividad, la atención será a demanda o según programación.		
10. PERIODO DEL INFORME	Del 01 al 30 de abril de 2026		
11. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1) Recibí turno en el área de salud publica. 2) Remití pacientes a médicos especialistas o convenios de servicios médicos cuando lo requirieron. 3) Formule medicamentos a los pacientes 4) Ordene los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios 5) Se realizo atención de pacientes por consulta con un total de 264 atendidos		
12. VALOR DEL CONTRATO	Valor total del Contrato \$46.464.000.00 Valor autorizado a pagar mes \$ 4.224.000,00		
13. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL	OBLIGACIÓN	ENTIDAD	Vlr. PAGO
	PENSIÓN	PORVENIR	\$ 305.300
	SALUD	NUEVA EPS	\$ 238.600
	ARL	POSITIVA	\$ 46.600
14. CONSTANCIAS	En el presente informe se deja constancia que el/la contratista cumplió con las obligaciones contractuales y legales reguladas para este tipo de contrato y como consecuencia se recibe a satisfacción de forma PARCIAL ☒ TOTAL ☐ Así mismo, se deja constancia que durante la ejecución del contrato no se han configurado los presupuestos legales que regulan el contrato laboral.		
15. RECOMENDACIONES	SE INVITA AL CONTRATISTA A CONTINUAR CON SU CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		
16. CONCLUSIONES	EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.		

Para constancia se firma en, Villavicencio, 06 de Mayo de 2026


ST. ANGIE DANIELA CACERES MEJIA.
 Supervisor de Contrato No 159-DMORI-2026

CERTIFICADO DE APORTES

Villavicencio, 06 de Mayo de 2026

Señores
DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE
Villavicencio

YO **ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA**, Identificado con cédula de ciudadanía No. 11.413.902 de Cáqueza, bajo la gravedad de juramento certifico que los \$ 590.500, soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General de aportes de Parafiscales corresponden al mes de marzo del año 2026 y son ingresos provenientes de CONTRATO 159-DMORI-2026

Lo anterior en cumplimiento al Decreto No. 2271 del 18 de julio de 2009

Atentamente,



ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA
CC . 11.413.902 de Cáqueza
Conjunto Morichal Torre 10 Apto
103 N° de Contrato 159-DMORI-
2026

Datos Generales Del Aportante

Identificación dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 11413902	VELASQUEZ NOVOA ERIK JAIR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	erikjairvelasquez17@gmail.com	VILLAVICENCIO-META	3103492346

Clave: 9501615031

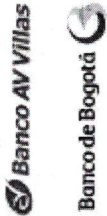
Período Pensión: 2026-03 Período Salud: 2026-03

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2026/04/16	10	\$4,200	\$590,500
2026/04/17	11	\$4,500	\$590,800
2026/04/20	14	\$5,700	\$592,000
2026/04/21	15	\$6,100	\$592,400
2026/04/22	16	\$6,500	\$592,800
2026/04/23	17	\$6,900	\$593,200
2026/04/24	18	\$7,200	\$593,500
2026/04/27	21	\$8,500	\$594,800
2026/04/28	22	\$8,900	\$595,200
2026/04/29	23	\$9,300	\$595,600

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	\$305,300
PORVENIR		1	\$305,300
ARL	1	1	\$46,600
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		1	\$46,600
EPS	1	1	\$238,600
NUEVA E.P.S.		1	\$238,600
SUBTOTAL			\$590,500
TOTAL			\$590,500

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
-----------	--------------



Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción \$9.999.999

Planilla Resumen

Página 2 de 3

TOTAL				1	2286'300	24'500	20	2300'200
INELAV E.P. 2	EP2031	800'126'394	5	1	2336'800	21'500	20	2338'800
EP2 (ADMINISTRADORES: 1)				1	2336'800	21'500	20	2338'800
BOZILLAV COMPANY DE SEGUROS	14-53	880'011'123	6	1	246'500	2400	20	246'800
BOZILLAV COMPANY DE SEGUROS: 1)				1	246'500	2400	20	246'800
VAR (ADMINISTRADORES: 1)				1	2303'500	23'100	20	2302'300
BOZILLAV	530301	800'534'808	8	1	2303'500	23'100	20	2302'300
VAR (ADMINISTRADORES: 1)				1				
RIESGO	CODIGO	NIL	DA	VEUTYDOS	AVTOR TIGUIDYO	INTEREEZ MORA	INCYACIDYDEZ 2ATLOS E	AVTOR A PYGYR

RESUMEN DE PAGO



planilla Resumen

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	28-11-2025	220500125A	IPS VACUNAR
	2	28-13-2026		
	3			
	R		Centro Especializado en vacunación	
HEPATITIS A+B	1			
	2	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS		
	3	Vacunarse es su Seguro de Vida		
HEPATITIS A	1	28-11-2025	A HAVC 144 A)	IPS VACUNAR
	2	28-05-2026		

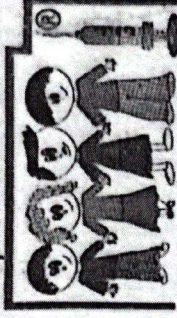
VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
	1	10-07-2019	220320119A	Alvaro Moreno
TOXOIDE TETÁNICO DIFTERICO TD	2	02-03-2026	22.060062A	Juan Carlos
	3			
	4			
	U	07-04-2026	ACST 6532A	Proth Guevara
F. AMARILLA	1	28-07-2016	1150091	Proth Guevara
	1	28-07-2026	2005226	Proth Guevara

NEUMOCO 13: 07-04-2026 2005226 Juan Carlos

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado en vacunación

NoA 26300



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

Nit. 900.394.707-3 Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE:

Enrr. Velasquez Novoa

IDENTIFICACIÓN:

11413902.

RH:

B+

TELÉFONO:

303492346.

FN:

5-10-1985

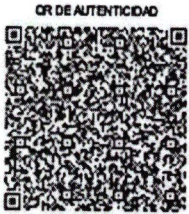
Calle 34A - N° 35 - 63 Br. Barzal

☎ (608) 6663546

☎ 316 256 5197

✉ vacunarcolombiavillavicencio@gmail.com

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: 6c0402bc-bd9b-4a2a-b25-21140204b43

Nombres y apellidos / Full name

ERIK JAIR VELASQUEZ NOVOA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 4 1 3 9 0 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

05/10/1985

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3103492346

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
		Día	Mes	Año				
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	28	07	2016		D2272	STA MARTA CORPOCOSTA IPS PRADO Saludcoop	
Fiebre Amarilla	Única	28	07	2016		M50091	STA MARTA UBALA ESPERANZA Coomeva	
TD Adulto Particular	Primera	10	07	2019		220800117a	SANDRA PATRICIA CORREDOR SARMIENTO	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM
Triple Viral Particular	Refuerzo	10	07	2019		a69ce718a	SANDRA PATRICIA CORREDOR SARMIENTO	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM
COVID PFIZER	Primera	05	03	2021	PFIZER	EN1195	DISPENSARIO MEDICO ORIENTE-APAY	MARIA VANEGAS
COVID PFIZER	Segunda	26	03	2021	PFIZER	ER1742	DISPENSARIO MEDICO ORIENTE-APAY	MARIA VANEGAS
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	25	05	2022	PFIZER	ACC5853	DISPENSARIO MEDICO ORIENTE-APAY	NATALIA ANDREA JAIMES MORENO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	02	08	2023	GC BIOPHARMA CORP	230047	VILLAMCENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	JULIE GUTIERREZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	30	07	2025		V50525002	VILLAMCENCIO FAMEDIC IPS NUEVA EPS	ZAYDE NALLELY GUTIERREZ GONZALEZ
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	28	11	2025		AHAVC164AJ / GSK	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAMCENCIO	JAIRO ANCIZAR LEON TAVIMA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	28	11	2025		220500125A / DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAMCENCIO	JAIRO ANCIZAR LEON TAVIMA
TD Adulto Particular	Segunda	02	03	2026		220600062a	VILLAMCENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	JULIE GUTIERREZ
Neumococo Conjugado 13valente Particular	Primera	07	04	2026		Z005228	VILLAMCENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	JULIE GUTIERREZ
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	07	04	2026		AC37B532AA	VILLAMCENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	JULIE GUTIERREZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información 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 Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - 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.

