Puerto Berrío - Antioquia, 19 de enero del 2026

Doctor
GUSTAVO ADOLFO PINEDA ROJAS
Alcalde Municipal (E)
Puerto Berrío - Antioquia

ASUNTO: Propuesta para la ***"Prestación de Servicios Profesionales para la realización del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación y la Búsqueda Activa Comunitaria en el municipio de Puerto Berrío - Antioquia de acuerdo con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social".***

A continuación, yo **TATIANA LIZARAZO GARCÍA** identificado con número de Cédula Ciudadanía N° 1010051028 de Pereira – Risaralda expreso mi interés en prestar mis servicios para ***"Prestación de Servicios Profesionales para la realización del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación y la Búsqueda Activa Comunitaria en el municipio de Puerto Berrío - Antioquia de acuerdo con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social"*** y cuento con la experiencia específica para la ejecución de las actividades que a continuación relaciono:

OBLIGACIONES:

1. Priorizar en conjunto con el equipo responsable del Programa Ampliado de Inmunizaciones del municipio, las zonas susceptibles para intervención según los criterios y metas planteadas por el Ministerio de Salud Pública y Protección social.
2. Realizar búsqueda de la población objeto del programa, teniendo en cuenta el mapeo de las zonas definidas por el municipio.
3. Diligenciar los formatos diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la recolección de datos del Monitoreo Rápido de Coberturas, en la población objeto, garantizando calidad del dato en el proceso.
4. Notificación oportuna de novedades importantes, como niños sin carné de vacunación o sospecha de presencia de enfermedades inmunoprevenibles con el fin de realizar la respectiva verificación o seguimiento según la ruta fijada por la Secretaría de Seguridad Social y Familia del Municipio.
5. Consolidación de los datos obtenidos durante el trabajo de campo realizado para el desarrollo del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación.
6. Realizar la Búsqueda Activa Comunitaria en los formatos establecidos por la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia.
7. Presentación de informe final en los plazos establecidos con el análisis de la información obtenida en la ronda de monitoreo rápido de coberturas de vacunación donde se incluyan recomendaciones y estrategias para mejorar las coberturas de vacunación según los hallazgos obtenidos.

8. Socializar los resultados obtenidos en la Mesa de Vacunación del municipio..

TIEMPO Y DURACIÓN

Con el propósito atender a cabalidad con el objeto del contrato como ***"Prestación de Servicios Profesionales para la realización del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación y la Búsqueda Activa Comunitaria en el municipio de Puerto Berrío - Antioquia de acuerdo con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social"***. El tiempo propuesto para el desarrollo de los anteriores alcances es de **DOS (02) MESES** contados a partir del acta de inicio.

VALOR

El valor total de la prestación del servicio es: **QUINCE MILLONES DE PESOS ML ($ 15.000.000).**

Atentamente,

Tatiana L.

TATIANA LIZARAZO GARCÍA
Enfermera
C.C. 1010051028 de Pereira – Risaralda

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.010.051.028**

LIZARAZO GARCIA

APELLIDOS

TATIANA

NOMBRES

Tatiana Lizarazo G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

20-DIC-2018 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2400100-01057362-F-1010051028-20190123 **0064**284290A 1 4535276101

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14783269253

(415)7707212489984(8020) 000001478326925 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 0 5 1 0 2 8	1	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 0 5 1 0 2 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LIZARAZO	GARCIA	TATIANA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CL 78 71 11 BRR BOSQUES DE SAN PABLO

42. Correo electrónico taty19018@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 6 1 0 0 2	3 0 2 4 1 9 2 9 7 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 1 0 7 3 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9	5	0																						

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LIZARAZO GARCIA TATIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE LEGALIDAD Y VIGENCIA DEL REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT

TATIANA LIZARAZO GARCÍA identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 1010051028 de Pereira – Risaralda, domiciliada en la ciudad de Medellín – Antioquia con dirección de residencia Urbanización Bosques de San Pablo Calle 78 # 71 - 11, manifiesto bajo la gravedad del juramento **que la información suministrada en el REGISTRO UNICO TRIBUTARIO - RUT no presenta cambios ni actualizaciones,** por lo tanto, la documentación allí registrada se encuentra vigente y es apta para contratar con el municipio de Puerto Berrio - Antioquia.

En el mismo sentido, autorizo a ser notificado en caso de requerirse al correo electrónico o dirección física allí registrados.

Dado en el municipio de Puerto Berrío - Antioquia a los diecinueve (19) días del mes enero de 2026.

Tatiana L.

TATIANA LIZARAZO GARCÍA
Enfermera
C.C. 1010051028 de Pereira – Risaralda

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
Lizarazo	Garcia	Tatiana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1010051028	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 12 AÑO 2000	CALLE 53 - 56 60 Interior 302			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	COPACABANA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	taty19018@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	07	2021	45481

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO BERRIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6048326175	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRE DE SERVICIOS PROFESIONALES	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 50 11 Palacio Municipal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE COPACABANA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* COPACABANA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3217483923	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATO PRES SERV PROFES	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 - 50 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'PRESTACION DE SERVICIOS PROFE	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5117505	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	02	Mes	01	Año 2022	Día	20	Mes	01	Año	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´PRESTACION DE SERVICIOS PROFE	DEPENDENCIA AREA DE VACUNACION					DIRECCIÓN CARRERA 50 44 27						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5117505	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	03	Mes	09	Año 2021	Día	31	Mes	12	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´PRESTACION DE SERVICIOS PROFE	DEPENDENCIA AREA DE VACUNACION					DIRECCIÓN CARRERA 50 44 27						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD LIBRE SEC PEREIRA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	MUNICIPIO PEREIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 63401043	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	06	Año 2021	Día	30	Mes	07	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL VOLUNTARIO(A)	DEPENDENCIA AREA DE VACUNACION					DIRECCIÓN AVENIDA - Belmonte						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PEREIRA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	MUNICIPIO PEREIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 63248311	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	08	Mes	02	Año 2021	Día	22	Mes	05	Año	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO NUEVO	DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CALLE 19 - 10 02						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:		
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 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	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 INCOPATIBILIDAD 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 Puerto Berrío - 27 Enero 2026.

Tatiana L.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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.

Pto Berrío 27/01/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-21 08:58

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
TATIANA		LIZARAZO	GARCIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1010051028

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE PUERTO BERRIO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Dirección	["carrera 5ª Nº 50-11"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$40.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$40.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

25.04.09

LA SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO BERRÍO - ANTIOQUIA

HACE CONSTAR:

Que la señora **TATIANA LIZARAZO GARCÍA**, identificada con la Cédula de Ciudadanía N° 1010051028 de Pereira – Risaralda, celebró con el municipio de Puerto Berrío - Antioquia, contrato bajo la modalidad de Prestación de Servicios Profesionales, de conformidad con la siguiente relación:

- **Número del contrato:** C.P.S. – 314 DE 2025
- **Fecha del contrato:** 16 de septiembre de 2025
- **Fecha iniciación del contrato:** 16 de septiembre de 2025
- **Fecha de terminación del contrato:** 15 de diciembre de 2025
- **Fecha de liquidación:** 15 de diciembre de 2025
- **Valor del contrato:** Treinta Millones De Pesos ML ($ 30.000.000).

Valor pago mensual: El municipio de Puerto Berrío, Antioquia, cancelará al **CONTRATISTA** el valor del contrato, mediante **TRES (03)** pagos mensuales por valor de **DIEZ MILLONES DE PESOS ML ($ 10.000.000)** mes vencido, realizados a través de transferencia electrónica a la cuenta de ahorros suministrada por el Contratista al diligenciar el formato ***"Pago por transferencia electrónica",*** previa presentación de la factura o cuenta de cobro o documento equivalente debidamente legalizado, con todos los soportes que aseguren que los productos fueron recibidos a entera satisfacción por parte del supervisor del contrato.

La transferencia electrónica o consignación para la cancelación de cuentas, la hará el municipio de Puerto Berrio - Antioquia sujeto a la disponibilidad de recursos que presente la Secretaría de Hacienda respetando el derecho de turno consignado en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007.

- **Duración del contrato:** El plazo de ejecución del contrato será de **TRES (03) MESES** contados a partir de la firma del acta de inicio.

- **Objeto Contractual:** "Prestación de Servicios Profesionales para la actualización del Análisis de Situación en Salud (ASIS) 2025 del municipio de Puerto Berrío - Antioquia de acuerdo con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social".

- **Obligaciones específicas:**
  1. Realizar la cartografía social para la identificación de prioridades con los grupos de valor y espacios de participación existentes en el municipio. (1 encuentro).
  2. Revisión y diligenciamiento de los anexos e insumos para la actualización de cada una de las tablas y figuras que se deben tener en cuenta de acuerdo con las estadísticas publicadas en las fuentes oficiales de acuerdo con la nueva información exigida en la Guía Metodológica.
  3. Actualizar los Contenidos del Análisis de la Situación de Salud en el territorio. El Análisis de Situación de Salud- ASIS territorial tiene los siguientes contenidos:
     Capítulo I. Configuración del territorio.
     Capítulo II. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales.

Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.
Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.
Capítulo V Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio.
Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

4. Entregar en documento actualizado de acuerdo con la estructura solicitada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Realizar el documento AVAL de entrega del documento
6. Realizar la infografía de acuerdo con los lineamientos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Realizar las correcciones pertinentes de acuerdo con la revisión realizada por la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia.

La presente constancia se expide a los veintinueve (29) días del mes de diciembre de 2025, a solicitud escrita de la interesada.

Cordialmente,

LAURA DANIELA CRUZ JARAMILLO
Secretaria de Despacho
Secretaría de Salud y Desarrollo Social
Puerto Berrío - Antioquia

MUNICIPIO DE COPACABANA

COPACABANA con seguridad

LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE COPACABANA- ANTIOQUIA

HACE CONSTAR:

Que la señora **TATIANA LIZARAZO GARCÍA**, identificada con la Cédula de Ciudadanía N° 1.010.051.028 expedida en Pereira - Risaralda, celebró con el Municipio de Copacabana-Antioquia, contrato bajo la modalidad de Prestación de Servicios Profesionales, durante el periodo relacionado a continuación:

- **Fecha iniciación del contrato:** 01 de Agosto de 2022.
- **Fecha de terminación del contrato:** 31 de Diciembre de 2023.
- **Fecha de liquidación:** No aplica.

El objeto bajo el cual se desempeño el contrato fue el siguiente:

- **Objeto Contractual:** "Prestar los servicios profesionales para el desarrollo de las acciones de IEC (Información, Educación, Comunicación) y de gestión en salud pública, enfocadas en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención de las enfermedades transmisibles, en la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y en el plan municipal de vacunación, según lineamientos nacionales, departamentales, municipales, de los diferentes entes de control y los establecidos por la administración municipal en el Plan de Desarrollo 2020- 2023 "Copacabana con Seguridad", Eje estratégico: Con seguridad el desarrollo social es la base de la equidad, Sector 1.2: Salud, Programa 1.2.3: Salud Pública"..

La presente constancia se expide al 1 día (1) del mes de Enero de 2024, a solicitud escrita de la interesada.

Cordialmente,

MARÍA ELIZABETH ROJAS RAIGOSA
Secretaria de Salud
Copacabana – Antioquia

Metrosalud

Empresa Social del Estado - METROSALUD
NIT 800.058.016 - 1
LA DIRECCION ADMINISTRATIVA
HACE CONSTAR

Alcaldía de Medellín

QUE EL SEÑOR (A) **TATIANA LIZARAZO GARCIA**

IDENTIFICADO CON CEDULA **1010051028**

Ha suscrito contratos de prestación de servicios asi:

Contrato	Cargo	Programa	Fecha Inicio	Fecha Final	Valor Contrato	Días Labor
7526-2021	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES RELACIONADAS CON EL PLAN DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19	PROGRAMA VACUNACION COVID	3/09/2021	31/12/2021	18,098,250	119
493-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES RELACIONADAS CON EL PLAN DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19	PROGRAMA VACUNACION COVID	2/01/2022	20/01/2022	2,914,125	18
2405-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PARA LA EJECUCION DE LAS ACCIONES RELACIONADAS CON EL PLAN DE VACUNACION CONTRA LA COVID-19	Covid 19 vacunacion Metrosalud	21/01/2022	30/06/2022	24,540,000	160

Hace parte integral del siguiente certificado el anexo técnico (las funciones asignadas) del contrato Los honorarios son cancelados mensualmente de conformidad con los servicios prestados en el respectivo período. La presente constancia se expide a solicitud del interesado (a)

JOHN BAIRON RESTREPO JARAMILLO
Director Administrativo
Carrera 50 N° 44 - 27
Telefono: 5117505 - Ext. 1420

Se expide: 7/13/2022

UNIVERSIDAD LIBRE

SEGUIMOS CRECIENDO

LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICA

Que **Tatiana Lizarazo García** identificado con la c.c. **No. 1010051028** de Pereira egresada del Programa de enfermería, participo voluntariamente en el servicio de vacunación **Covid19** de la universidad libre en la seccional Pereira durante los meses de junio y Julio de 2021. En este periodo realizo actividades de enfermería en toda la ruta de vacunación incluyendo la elaboración y análisis de información correspondiente a dicho proceso.

Este certificado se expide el 17 de agosto de 2021 a solicitud de la interesada.

María Teresa Rodríguez Lugo
Decana Facultad Ciencias de la salud

Claudia Patricia Varón Ramírez
Directora Programa de Enfermería
Coordinadora de Vacunación

PEREIRA
Gobierno de la Ciudad
CAPITAL DEL EJE

Versión:

Fecha de Vigencia:

LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

HACE CONSTAR:

Que, **TATIANA LIZARAZO GARCÍA** identificada con cedula de ciudadanía No.1.010.051.028 de **Pereira**, realizo su práctica integrada en la Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira del 8 de Febrero al 22 de Mayo de 2021.

Para constancia se firma en Pereira a los 22 días del mes de mayo de 2020.

ANA YOLIMA SANCHEZ GUTIERREZ
Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social

Proyecto/ reviso: Olga H. Trujillo Flórez

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

TATIANA LIZARAZO GARCIA

C.C. Nº 1.010.051.028 de PEREIRA

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Enfermera

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Decana

En la ciudad de PEREIRA
30 de julio de 2021
Acta 1137, Folio 68, Libro 6

El Rector

199809

El Secretario General

Oficina de Admisiones y Registro
30 de julio de 2021
Registro 14343, Folio 260, Libro de Registro 12

Jefe de Admisiones y Registro

Escaneado con CamScanner

ACTA DE GRADO

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL PEREIRA
NIT. 860.013.798-5

Acta de Grado No. 1137
Folio No. 68

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Pereira, siendo las 11:00 am del día 30 del mes julio del año 2021, se reunieron los Doctores FERNANDO URIBE DE LOS RIOS, Rector Seccional, MARIA TERESA RODRIGUEZ LUGO, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, y WALTER IVAN GARCIA MORALES, Secretario Académico de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34 del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: LIZARAZO GARCIA TATIANA , identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1010051028 de Pereira, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: **ENFERMERA.**

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): LIZARAZO GARCIA TATIANA , del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Pereira, a los 30 días del mes de julio del año 2021.

Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

Tatiana Lizarazo García
El Graduado (a)

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **TATIANA LIZARAZO GARCÍA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.010.051.028, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1010051028

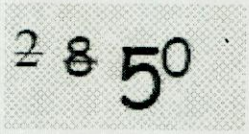
Primer Nombre

Tatiana

Primer Apellido

Lizarazo

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1358

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-21—2:45:29 PM

[redacted]

CC	1010051028	TATIANA	LIZARAZO	GARCIA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) TATIANA LIZARAZO GARCIA identificado(a) con CC 1010051028 registra La siguiente información:

2026-01-21—2:45:29 PM

Información Académica

[redacted]

UNV	**Local**	**ENFERMERIA**	**2021-08-17**	**1010051028**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

Datos SSO

[redacted]

Prestación	Lugar Prestación	Prestación	Inicio	Fin	Prestación	Prestación	Repo
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGAN COLEC ENFEI

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

GOV.CO

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos #MinSalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



TATIANA **LIZARAZO GARCÍA**

C.C. 1.010.051.028

Universidad Libre

Pereira

Fecha de Expedición Diploma: **30/07/2021**

Fecha de Inscripción en Rethus: **17/08/2021**

45481

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Salud Integral Preventiva IPS

NIT: 901187413-1
Dir: Cra 5 # 45-03 Barrio el Hoyo
Calle 50 # 6-49 Centro
Tel: (4) 833 0595
Puerto Berrio, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.518

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	07 MES	2025 AÑO	PUERTO BERRÍO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES 2025	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

LIZARAZO GARCIA TATIANA	Sexo	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	24 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC	1010051028
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	EXAMEN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	OTROS	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE ENTREGA AL TRABAJADOR LA INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS, PRUEBA O VALORACIONES COMPLEMENTARIAS OCUPACIONALES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Carmona Castrillon ESP SST 2021060130687	
Firma:	Firma:
Nombre: CC: 71189980 - RAMIRO ALEXANDER CARMONA	Nombre: LIZARAZO GARCIA TATIANA
R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 2021060130687	CC: 1010051028

Puerto Berrío - Antioquia, 19 de Enero de 2026

Señor
GUSTAVO ADOLFO PINEDA ROJAS
Alcalde Municipal (E)
Puerto Berrío - Antioquia

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Respetado señor:

La suscrita **TATIANA LIZARAZO GARCÍA** identificado con número de Cédula Ciudadanía N° 1010051028 de Pereira – Risaralda, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Alcaldía Municipal de Puerto Berrío - Antioquia con NIT. 890980049-3, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Dado en el municipio de Puerto Berrío - Antioquia a los diecinueve (19) días del mes enero de 2026.

Tatiana L.
TATIANA LIZARAZO GARCÍA
Enfermera
C.C. 1010051028 de Pereira – Risaralda

CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo, **TATIANA LIZARAZO GARCÍA** identificado con número de Cédula Ciudadanía N° 1010051028 de Pereira – Risaralda domiciliado en el municipio de Pereira - Risaralda manifiesto bajo la gravedad del juramento **no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad** establecidas en la Constitución y la Ley, para celebrar contrato de prestación de servicios con el municipio de Puerto Berrio - Antioquia.

Dado en el municipio de Puerto Berrío - Antioquia a los diecinueve (19) días, del mes enero de 2026.

Tatiana L.

TATIANA LIZARAZO GARCÍA
Enfermera
C.C. 1010051028 de Pereira – Risaralda

CIUDAD:	Puerto Berrío - Antioquia
FECHA:	19 de enero de 2026

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ELECTRONICOS	**TIPO DE NOVEDAD**		
	1	INSCRIPCIÓN INICIAL	X
	2	CAMBIO Nº DE CUENTA	
	3	MODIFICACIÓN OTROS DATOS	

IDENTIFICACIÓN: CC				
CC/NIT:	**DV**	**NOMBRE**:		
1010051028	1	Tatiana Lizarazo García		
DIRECCIÓN:		**TELEFONO:**	**FAX:**	**EMAIL:**
Medellín – Antioquia con dirección de residencia Urbanización Bosques de San Pablo Calle 78 # 71 - 11		3024192974	NA	taty19018@gmail.com

IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA EN LA CUAL AUTORIZA EL PAGO			
ENTIDAD FINANCIERA	**CUENTA DE AHORROS**	X	**NUMERO DE LA CUENTA:**
Davivienda	**CUENTA CORRIENTE**		488423780094

Tatiana L.

TATIANA LIZARAZO GARCÍA
Enfermera
C.C. 1010051028 de Pereira – Risaralda

ANEXOS:

1. Certificado de la cuenta bancaria autorizada para pago, expedida por la entidad financiera.

CERTIFICADO

MEDELLIN,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese

21/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor TATIANA LIZARAZO GARCIA** con **Céduia de Ciudadanía** número **1010051028**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488423780094**
Fecha de apertura	**13/09/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **TATIANA LIZARAZO GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010051028,** se encuentra afiliado/a desde **09/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Tatiana Lizarazo Garcia, identificado(a) con CC número 1010051028, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010051028
NOMBRES Y APELLIDOS	Tatiana Lizarazo Garcia
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	19/12/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	227 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/08/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1010051028 TATIANA LIZARAZO GARCIA Desde 01/01/2026 - Vigente N.I.T. 900381894 UNIDAD DERMATOLOGICA LASER UDL Desde 02/05/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1010051028 TATIANA LIZARAZO GARCIA Desde 16/12/2025 Hasta 31/12/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1010051028 TATIANA LIZARAZO GARCIA Desde 09/09/2025 Hasta 30/11/2025

Generado por interfaces

27/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

ARL

sura

Medellín, 27 de enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **TATIANA LIZARAZO GARCIA** con documento de identidad **C1010051028**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **TATIANA LIZARAZO GARCIA** con NIT **C1010051028**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-01-26	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	PRINCIPAL ANTIOQUIA	00000000 01	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA