

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD MEDINA</b>			Código: TH VTH - FO-XXX	
	<b>Proceso</b>	Gestion Estratégica de Talento Humano	<b>Subproceso</b>	Gestión de la Vinculación de Talento Humano	Versión: 04
	<b>LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b>				Fecha: 26-09-2024

VoBo. Gerencia:	Fecha: 22-06-2026			
<b>Persona Natural</b>				
Nombre: Adhinc, Alondra Lopez Ramirez	Identificación: 4003625779			
<b>Persona Jurídica</b>				
Razon Social:	NIT:			
Representante Legal:	Identificación:			
Cargo: Auxiliar Administrativo				
Dependencia/ Área / Servicio: Caja Paratebuero				
ASISTENCIAL	TECNICO	PROFESIONAL	ASESOR	DIRECTIVO

<b>DOCUMENTOS PERSONALES</b>				
N°	NOMBRE DEL DOCUMENTO	APLICA		No. FOLIOS
		SI	NO	
1	ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD			
2	CERTIFICACION DE NECEDAD			
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
4	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
5	PROPUESTA (Todo el Personal)	✓		
6	HOJA DE VIDA REGISTRADA EN SIGEP PERSONA JURIDICA			
7	DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES PERSONA JURIDICA			
8	RUT PERSONA JURIDICA			
9	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONA JURIDICA VIGENTES "ORIGINAL"			
10	ANTECEDENTES FISCALES PERSONA JURIDICA VIGENTES "ORIGINAL"			
11	SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN, RIESGOS LABORALES) (Todos)	✓		
12	HOJA DE VIDA REGISTRADA EN EL SIGEP II (Todo el personal)	✓		
13	DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA (SIGEP II) (Todo el personal)	✓		
14	FOTOCOPIA DE LA CEDULA (Todo el personal)	✓		
15	FOTOCOPIA CEDULA DE EXTRANJERIA / PASAPORTE (Quien le aplique)			
16	FOTOCOPIA DE LA VISA DE TRABAJO/ PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA (Quien le aplique)			
17	LIBRETA MILITAR (Menores de 50 años) (A quien le aplique)			
18	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS VIGENTES "ORIGINAL" (Todos)	✓		
19	ANTECEDENTES FISCALES VIGENTES "ORIGINAL" (Todos)	✓		
20	ANTECEDENTES JUDICIALES "ORIGINAL" (Todos)	✓		
21	COPIA DE CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS (Todos)	✓		
22	ANTECEDENTES DE DELITOS SEXUALES	✓		

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD MEDINA</b>			Código: TH VTH - FO-XXX	
	<b>Proceso</b>	Gestión Estratégica de Talento Humano	<b>Subproceso</b>	Gestión de la Vinculación de Talento Humano	Versión: 04
	<b>LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b>				Fecha: 26-09-2024

23	CERTIFICADO REDAM	✓		
24	REGISTRO DE LA DIAN (RUT) (Todos)	✓		
25	FOTOCOPIA DE LICENCIA DE CONDUCCION C2 (Conductores)			
26	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL Examen de laboratorio de acuerdo a Profesiograma (Todo el personal)	✓		
27	CERTIFICADO DE VACUNAS (INFLUENZA, TETANO FIEBRE AMARILLA Y COVID 19) Administrativos	✓		
28	CERTIFICADO DE VACUNAS (INFLUENZA, TETANO, HEPATITIS B, FIEBRE AMARILLA Y COVID 19) Asistenciales			
29	CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA (Todo el personal)	✓		
<b>DOCUMENTOS CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>				
30	ACTA DE BACHILLER (Todo el personal)	✓		
31	DIPLOMA DE BACHILLER (Todo el personal)	✓		
32	DIPLOMA (TECNICO, TECNOLOGO Y PROFESIONAL) (A quien le aplique)			
33	ACTA (TECNICO, TECNOLOGO Y PROFESIONAL) (A quien le aplique)			
34	DIPLOMA (ESPECIALIZACIÓN, MAESTRIA, DOCTORADO) (A quien le aplique)			
35	TARJETA PROFESIONAL (POR AMBAS CARAS AL 150%) (Profesionales)			
36	RESOLUCION DE HOMOLOGACION DE TITULOS PARA EXTRANJEROS (A quien le aplique)			
37	RESOLUCION DE LA SECRETARIA POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA EL EJERCICIO DE SU PROFESION (A quien le aplique)			
38	INSCRIPCION AL RETHUS (A quien le aplique)			
39	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS TRIBUNAL DE ETICA MEDICA (Médicos)			
40	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA (Abogados)			
41	CERTIFICADO JUNTA DE CONTADORES (Contadores)			
42	FOTOCOPIA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (A quien le aplique)			
43	FOTOCOPIA DE CERTIFICACIONES LABORALES (SEGÚN LA EXPERIENCIA)			
<b>HABILITACIÓN</b>				
44	CURSO DE 40 HORAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO- ACTUALIZADO (Médicos y Enfermeras)			
45	CURSO DE 20 HORAS DE SOPORTE VITAL BASICO- ACTUALIZADO (Auxiliares de Enfermería)			
46	SEGURIDAD DEL PACIENTE (Personal Asistencial)			
47	ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL- 2 AÑOS (Personal Asistencial)			

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD MEDINA</b>			Código: TH VTH - FO-XXX	
	<b>Proceso</b>	Gestion Estratégica de Talento Humano	<b>Subproceso</b>	Gestión de la Vinculación de Talento Humano	Versión: 04
	<b>LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b>				Fecha: 26-09-2024

48	ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON ATAQUES CON SUSTANCIAS QUÍMICAS- 2 AÑOS (Conductores, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, Regentes, Odontólogos)			
49	MANEJO DEL DUELO- 2 AÑOS (Médicos, auxiliares enfermería, Conductores)			
50	CURSOS DE DONACIÓN Y/O TRANSPLANTE (Médicos)			
51	MANEJO DEL DENGUE (Médicos, Enfermeras)			
52	CURSO DE CUIDADOS PALEATIVOS (Médicos y Enfermeras)			
53	CURSOS DE AEIPI CLÍNICO (Enfermeras, Médicos y Auxiliares de Enfermería)			
54	CURSO DE AEIPI COMUNITARIO (Concurrencias)			
55	CURSO DE SEDACIÓN BÁSICA (Médicos y Odontólogos)			
56	CURSO PAI (ADMINISTRACIÓN INMUNOBIOLOGICOS) – Vacunación – (Vigencia 2 años)			
57	CURSO DE BIOSEGURIDAD (Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Servicios generales)			
58	CURSO DE HIGIENE DE MANOS (Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Servicios generales)			
59	CURSO DE TOMA DE MUESTRAS (Auxiliares de Enfermería y Auxiliar de Laboratorio)			
60	CURSO DE VIGIFLOW (Regentes)			
61	PRIMEROS AUXILIOS (Conductores)			
62	CURSO DE MECÁNICA BÁSICA (Conductores)			
63	CURSO MANEJO DE AMBULANCIA Conductores)			
64	CURSO MANEJO DEFENSIVO (Conductores)			
65	CURSO DE TRIAGE (Enfermera, Auxiliares de Enfermería de urgencias)			
66	TOMA DE CITOLOGÍAS (Enfermera)			
67	CURSO INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTES (Enfermera)			
68	CURSO VIA-VILI TÉCNICA DE INSPECCIÓN VISUAL DEL CUELLO UTERINO (Instituto Nacional de Cancerología – Virtual) - Enfermera			
69	CURSO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN – POCT (Enfermeros, Médicos, Auxiliares de Enfermería)			
70	CURSO DE 50 HORAS DE SALUD OCUPACIONAL (Profesional de SSGT)			
71	CERTIFICADO DE MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (Auxiliares de Servicios Generales)			
72	CURSO BÁSICO DE ELECTRICIDAD (Auxiliar de Mantenimiento)			
73	CURSO DE ALTURAS (Auxiliar de Mantenimiento)			
74	CURSO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (Técnicos de Saneamiento)			
75	MIPG – FUNCIÓN PÚBLICA (Asistenciales y administrativos)			✓
76	PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (Médicos)			

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD MEDINA</b>			Código: TH VTH - FO-XXX	
	<b>Proceso</b>	Gestion Estratégica de Talento Humano	<b>Subproceso</b>	Gestión de la Vinculación de Talento Humano	Versión: 04
	<b>LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b>				Fecha: 26-09-2024

PROCESO CONTRACTUAL				
77	CONTRATO			
78	REGISTRO PRESUPUESTAL			
79	ACTA DE INICIO			
80	PAGOS PARCIALES			
81	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
82	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
83	ACTA DE ADICION Y PRORROGA			
84	REGISTRO PRESUPUESTAL			
85	PAGO FINAL			
86	ACTA DE LIQUIDACIÓN			
OTROS				
87	CARPETA YUTE DE 60 GRAMOS		✓	
88	FOTO TAMAÑO 3X4			

- Los documentos deben ser legibles.
- Los antecedentes de la Procuraduría, Policía y Contraloría al momento de la posesión no deben superar los tres (3) meses de expedidos.

**DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE TODOS LOS DOCUMENTOS APORTADOS GOZAN DE LEGALIDAD Y NO ME ENCUENTRO INCURSO(A) EN ALGUNAS DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD O CONFLICTOS DE INTERES ESTABLECIDAS EN LA CONSTITUCIÓN Y LA LEY.**

*Alondra P.*      C.C. 1003625179

FIRMA Y C.C. / C.E. DEL ASPIRANTE

ESE REGIÓN DE SALUD MEDINA	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
VERIFICADO POR:	<i>Estefanía González</i>	<i>[Firma]</i>
REVISADO POR:	<i>Maira Suarez</i>	<i>Maira Suarez</i>
APROBADO POR:		

Medina Cundinamarca, JUNIO DEL 2026

Doctor  
MIGUEL ANGEL CASTIBLANCO JUNCO  
Gerente  
ESE REGION DE SALUD MEDINA

REF: Propuesta

De manera cordial me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para la Empresa Social del Estado Región de Salud Medina.

Las actividades a desarrollar corresponden a las necesidades según el objeto contractual así:

En este espacio se incluyen las actividades de nuestro contrato

1. Prestación de servicios como Auxiliar Administrativo en el área de Caja.
2. Realizar la facturación de los servicios prestados en la sede asignada, como son consulta externa y procedimientos que se deriven de este servicio y demás servicios ofertados en la institución, según corresponda.
3. Para la facturación de los servicios de contrato por evento, imprimir la factura, firmarla y proceder a armar el paquete que consiste en separar lo que va para cuenta de cobro y lo que debe quedar en archivo.
4. Recepcionar llamadas para asignación y agendamiento de citas, así como brindar información solicitada por el usuario.
5. Programación y organización de agenda de profesionales en Citisalud.
6. Recepción de paquetes de atenciones realizadas en el servicio de consulta externa, servicios prioritarios de urgencias y demás servicios, los cuales deben ser revisados de manera minuciosa para constatar que cumplan con los requisitos exigidos por las diferentes EPS.
7. Verificar que los paquetes de atención cuenten con verificación de derechos.

8. Verificar que los procedimientos cargados al sistema Citisalud estén debidamente justificados en la historia clínica, así como que hayan sido cargados el tipo de contrato correcto para evitar que se queden procedimientos sin cobrar o se cobre algunos que no deben ser.
9. Para los contratos capitados, facturar el paquete y no imprimir soportes.
10. Separar los paquetes facturados, organizarlos por EPS y ordenarlos de acuerdo al número de la factura.
11. Revisar diariamente en el sistema Citisalud los RIPS para corroborar que los profesionales hayan hecho la correcta digitalización de las finalidades, causas y diagnósticos.
12. Imprimir resultados de laboratorio para anexar a las facturas de las cuentas por evento, así como los resultados de radiología y demás resultados de procedimientos.
13. Atender requerimientos del auditor de cuentas médicas en cuanto a la solicitud de soportes de cuentas devueltas y glosadas, al ser socializadas los motivos de glosa.
14. Atender y resolver en la medida de las posibilidades, las dudas e inquietudes que surjan en los servicios respecto al proceso de facturación.
15. Cuando sea requerido realizar el escaneo y envío a la entidad respectiva, de las facturas producidas por los diferentes servicios y construir una carpeta con las mismas.
16. Recepcionar las facturas de consulta externa, laboratorios, odontología y demás servicios, separarlas por EPS y ordenarlas según orden de factura.
17. Cuando sea requerido realizar el reporte de todas las facturas generadas y escaneadas en consulta externa, vacunación y demás servicios y verificar cada una de ellas para evitar errores en el momento de subirlas a la plataforma correspondiente.
18. Elaborar y entregar oportunamente todos los informes que le sean solicitados por el contratante.
19. Apoyar las actividades de las diferentes áreas, cuando por necesidades del servicio, lo requiera la entidad contratante.
20. De acuerdo a las agendas programadas de citas médicas y odontológicas, facturar diariamente a medida que el usuario llega a cumplir dicha cita asignada.
21. Recepcionar los copagos y cuotas moderadoras producto de la facturación realizada.
22. Organizar un paquete de acuerdo a los contratos por EPS, adjuntando las facturas firmadas por el usuario, anexar copia de historia clínica, carnet de citas, documentos si lo requiere, verificación de derechos y otros anexos. Una vez se encuentre el paquete completo hacer entrega a facturación.

23. Vigilar que las impresoras de consulta externa y urgencias tengan papel, tinta o tóner para su buen funcionamiento o de lo contrario solicitarla a tiempo.
24. Elaborar estadística sobre cuantas consultas médicas de primera vez, ecografías tomadas en la institución.
25. Brindar información al usuario referente a los servicios de la institución y recomendaciones para la preparación de los laboratorios o exámenes de sangre.
26. Detectar, identificar, notificar e informar oportunamente sobre las situaciones de emergencias, riesgos, incidentes, accidentes y eventos adversos, observados en la prestación de servicios de salud y/o familia, acompañantes, comunidad o medio ambiente.
27. Prestar primeros auxilios en caso de ser necesario bajo cualquier modalidad de situación existente en los servicios de la sede donde realiza las actividades.
28. Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
29. Procurar el cuidado integral de su salud.
30. Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
31. Cumplir las normas de seguridad e higiene propias de la empresa.
32. Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
33. Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato.
34. Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
35. Las demás actividades asignadas por el Contratante de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área asignada.

El valor de la presente propuesta es VALOR A CONVENIR corresponde a los servicios prestados para el periodo correspondiente de la duración del contrato

***La presente propuesta no genera vínculo laboral***



**ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAMIREZ**  
C.C 1.003.625.179 DE PARATEBUENO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1003625179		LOZANO RAMIREZ ADRIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NUEVO MLENDO	PARATEBUENO-CUNDINAMARCA	6799633		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2026-05	9304020585	Planilla	2026/06/19	2026/05/12	NEQUI	0	\$541,800		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO		NOVEDADES				PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Ingre	Redu	Ida	Bas	As	Bas	As	Bas	As	Bas	As	Bas	As
<b>SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Ciudad: PARATEBUENO Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)															
1	CC 1003625179	LOZANO ADRIANA													
<b>Total</b>	<b>Afiliados(1)</b>														

Junio



# Planilla Resumen

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOZANO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ		NOMBRES ADRIANA ALEJANDRA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <u>1003625179</u>			GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>			NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>			CARRERA nullB null null NUEVO MILENIO		
PAÍS <u>COLOMBIA</u>			PAÍS <u>COLOMBIA</u>	DEPTO <u>CUNDINAMARCA</u>	
DEPTO <u>CUNDINAMARCA</u>			MUNICIPIO <u>PARATEBUENO</u>		
MUNICIPIO <u>MEDINA</u>			TELÉFONO <u>3117246937</u>	EMAIL <u>alejandra_lozano.05@gmail.com</u>	

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	BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2019

**EDUCACIÓN 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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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
MPG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		OCHO MÓDULOS DEL CURSO DEL MODELOR INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MPG VERSIÓN II 2021	10	2022

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
MIPG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		FUNDAMENTOS GENERALES DEL CURSO VIRTUAL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	10	2022
MIPG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG	10	2022

4

**IDIOMAS**

ESPECIFIQUE 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6768989			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2026	Día	15	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONTRATISTA				DIRECCIÓN CARRERA 9 3 20							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6768989			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2026	Día	30	Mes	04	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				DIRECCIÓN CALLE 9 3 20							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6768989			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 9N 3 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3123051603			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONTRATISTA					DIRECCIÓN CARRERA 9 3 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3124764980			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 6 11 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3124764980			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PRESTACION DEL SER			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 6 11 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MEDINA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6768989			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA			DEPENDENCIA "ADMINISTRACION"					DIRECCIÓN CARRERA 6 11 48 BARRIO CENTRO						

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 6768989			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	29	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ADMINISTRATIVA			DEPENDENCIA ADMISIONES					DIRECCIÓN CARRERA 6 11 48 BARRIO CENTRO				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MEDINA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	16	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMISIONES					DIRECCIÓN CARRERA 6 6 32				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNION TEMPORAL PLAZA PARATEBUENO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO PARATEBUENO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3212320525			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	07	Mes	01	Año	2021	Día	07	Mes	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAYUDANTE			DEPENDENCIA A FINES INGENIERIA CIVIL					DIRECCIÓN CARRERA 9 null null PARATEBUENO				

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:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				



Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ADRIANA	ALEJANDRA	LOZANO	RAMIREZ

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$16.440.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$16.440.000,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.625.179  
LOZANO RAMIREZ

APELLIDOS  
ADRIANA ALEJANDRA

NOMBRES  
*Adriana Lozano*

FIRMA



INDICE DEDIDO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-2003  
PARATEBUENO  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA  
A+ G.S. HH

05-FEB-2021 PARATEBUENO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

F SEXO  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEJANDRA VEGA REYES



P-1510900-01R22020-F-1003625179-00210312 0070747805A 1 55000990



Bogotá DC, 12 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1003625179:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 12 de junio de 2026, a las 11:39:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1003625179
Código de Verificación	1003625179260612113940

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:40:14 AM horas del 12/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1003625179**

Apellidos y Nombres: **LOZANO RAMIREZ ADRIANA ALEJANDRA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelía, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/06/2026 11:41:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1003625179** y Nombre: **ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAMIREZ.**

### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **141995419** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

515 9000



**Dios y  
Patria**

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

GOV.CO

**CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR  
DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS**

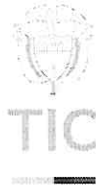
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:42:31 horas del 12/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1003625179**,  
Apellidos y Nombres **LOZANO RAMIREZ ADRIANA ALEJANDRA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E REGION DE SALUD MEDINA**, con NIT **892001990-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

### CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1003625179 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/06/2026 11:52 AM



Código Verificación: 6HBGJS4CAL

Válida hasta: 10/09/2026

---

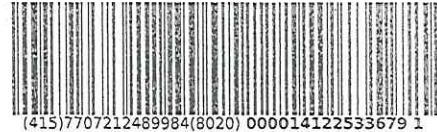
Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141225336791



(415)7707212489984(8020) 000014122533679 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 3 6 2 5 1 7 9

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 0 3 6 2 5 1 7 9

Lugar de expedición 28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Paratebueno

5 3 0

31. Primer apellido

LOZANO

32. Segundo apellido

RAMIREZ

33. Primer nombre

ADRIANA

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Paratebueno

5 3 0

41. Dirección principal

MZ B CA 10 BRR NUEVO MILENIO

42. Correo electrónico

alejandra\_lozano.05@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 7 2 4 6 9 3 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 1 0 1 4

Actividad secundaria

48. Código

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA



Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

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 LOZANO RAMIREZ ADRIANA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

**Prestador:** 5000102053  
**NIT** 901200839-9  
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA  
**Telefono:** 6668018-3176678051  
**Email:** gerencia@integrarips.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE  
 APTITUD LABORAL  
 con énfasis en ANEXO  
 OSTEOMUSCULAR**

**Información General**

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2022/10/11	Féto Ingreso:	20221011020162 / PRINCIPAL
Paciente:	ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAMIREZ	Origen:	A QUIEN INTERESE
CC:	1003625179	Destino:	A QUIEN INTERESE
Edad:	19 años	Cargo:	OFICIOS VARIOS
Género:	Femenino	Fecha Ingreso:	2022-10-11 09:49:14
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2022-10-11 11:51:58

**Pruebas de Apoyo Diagnóstico**

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA			

**Certificación de Aptitud**

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definición de caso para el SVE desórdenes Osteomusculares CASO DESCARTADO

**Recomendaciones Generales**

- Examen Periódico Ocupacional
- Pausas Activas
- Higiene Postural
- Realización Pruebas Complementarias
- Uso de E.P.P
- Reindir a EPS
- Continuar Manejo Médico

**Recomendaciones Ocupacionales Preventivas**

<b>Osteomuscular:</b>	Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonomica de puestos de trabajo según disposición de la empresa. Capacitación para manejo de cargas según criterio del cargo
<b>Visual:</b>	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
<b>Cardiovascular:</b>	Reducir el consumo de azúcares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periódicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periódico de peso, control de tensión arterial preventiva.
<b>Auditiva:</b>	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

**Recomendaciones Específicas y/o Restricciones**

AL TRABAJADOR SE LE RECOMIENDA SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL EN SU PUESTO DE TRABAJO, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, INFORMAR A SU EMPLEADOR ANTE LA APARICIÓN DE CUALQUIER SÍNTOMA RESPIRATORIO - INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DÍA. -EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES. -REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. EN EL TRABAJO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la estación donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

CATALINA OTERO OCHOA

Adriana Lozano Ramirez

Profesional Ocupacional: YENY CATALINA OTERO OCHOA 0  
 Registro M.D. 35264215  
 Licencia S.O. 2435

Firma del Paciente: ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAMIREZ  
 Identificación: CC - 1003625179



# INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: NIT: 901200839-9  
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA  
Teléfono: 5568018-3176678051  
Web: integrarsalud.lismaweb.com  
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe:

Fecha de Impresión: 2022/10/11 13:33:21  
Impreso por: GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

## Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1003625179	Nro Historia:	1003625179
Paciente:	LOZANO RAMIREZ ADRIANA ALEJANDRA	Nro Ingreso:	20221011020162
Fecha Nac:	2003/01/21	Fecha Ingreso:	2022-10-11 09:49:14.000
Dirección:	0	Tipo de Evaluación:	Ingreso
Edad:	19 años	Enfasis:	Anexo Oculomuscular
Teléfono:	0		
Nombre del Cargo:	OPFICIOS VARIOS		

## Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, NO USA RX OPTICA

## Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva no NO REFIERE  
Catarata no NO REFIERE  
Ptosis no NO REFIERE  
Otra: NO REFIERE

Usa corrección visual no - NO REFIERE

Permanente  Lejos  Cerca  Descanso  Ocasional

Ultimo Examen No Realizado

## Optometria - Antecedentes Personales

Presenta	Descripción
Glaucoma: No	NO REFIERE
Cataratas: No	NO REFIERE
Refracción: No	NO REFIERE
Traumas Oculares: No	NO REFIERE
Patología Visual: No	NO REFIERE
Hipertensión Arterial No	NO REFIERE
Diabetes No	NO REFIERE

## Optometria - Antecedentes Laborales

Iluminación inadecuada  Cambios de temperatura  
 Usuario de computador  Mala ventilación  
 Radiaciones Ultravioleta  Gases o humos tóxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

## Optometria - Sintomas

- |                                    |   |  |                                    |
|------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fotofobia | <input type="checkbox"/> Ojo Rojo       | <input type="checkbox"/> Mala Vision Cercana | <input type="checkbox"/> Carunculo |
| <input type="checkbox"/> Lagrimeo  | <input type="checkbox"/> Vision Borrosa | <input type="checkbox"/> Mala Vision Lejana  | <input type="checkbox"/> Dolor     |
| <input type="checkbox"/> Arroz     | <input type="checkbox"/> Vision Doble   | <input type="checkbox"/> Cefalea             | <input type="checkbox"/> Secrecion |

Otros Sintomas: NO REFIERE

### Optometria - Examen Externo

Presenta	Descripcion
Parpados:	Normal SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal INYECCION CONJUNTIVAL TEMPORAL CI
Escleras:	Normal SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal SIN HALLAZGOS

### Optometria - Rx en Uso

	Tipo	Rx en Uso	Observaciones
Ojo Derecho:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE

### Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana			Vision Proxima			
	Sin Correccion	Con Correccion	Ph	Sin Correccion	Con Correccion	
Ojo derecho	-20/20	-	NO REFIERE	Ojo derecho	-0.50M	-
Ojo izquierdo	-20/20	-	NO REFIERE	Ojo izquierdo	-0.50M	-
Ambos Ojos	-20/20	-	NO REFIERE	Ambos Ojos	-0.50M	-
Observaciones NO REFIERE				Observaciones NO REFIERE		

### Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	-	-
Observaciones NO REFIERE		

### Optometria - Movilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTO
* Cover Test - Cerca:	EXO

### Optometria - Oftalmoscopia

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

### Optometria - Retinoscopia

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

### Optometría - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NORMAL

### Optometría - Refracción

RX Final

O.D NEUTRO	ADD+ NO APLICA	AV NO REFIERE	DP NO REFIERE
O.I NEUTRO	ADD+ NO APLICA	AV NO REFIERE	DP NO REFIERE

### Optometría - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Observaciones al Diagnostico:

Diagnostico Relacionado 1:

Diagnostico Relacionado 2:

Diagnostico Relacionado 3:

### Optometría - Conducta

- Se continúa con misma RX
- Se da Remisión
- Se da Tx Medicamentos
- Topografía Corneal
- Realizar prueba ambulatoria
- Se da Nuevo Control
- No Requiere RX
- Requiere Nueva Rx
- Test de Farnsworth

### Optometría - Recomendaciones

- Debe usar correccion visual para trabajar
- Uso de AR video Terminales
- Uso de Lentes de Proteccion Solar
- Uso EPP Visual
- Pausas Activas
- Uso de Rx para Vision Lejia
- Uso de Rx para Vision Proxima
- Uso de Rx de Descanso
- Uso Permanente de Rx Optica
- Pp
- Lubricante Ocular

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE EPPS - FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES - USAR LUBRICANTE OCULAR

### Optometría - Remisiones

- Valoracion Oftalmologica
- Valoracion Ortoptica
- Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

### Optometría - Controles

- Mensual
- Bimensual
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- Confirmatoria

### Optometría - Resultado

Resultado de Optometria Normal

\* Descripción de la observacion general

NO REFIERE

### Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que brin la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que di son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Nombre Profesional: LAILA NATALIA VEGA GONZALEZ O  
Registro Profesional: 584

Nombre del Paciente: ADRIANA LOZANO RAMIREZ  
Identificación del Paciente: CC - 1003625179

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.



# INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: NIT: 901200839-9  
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET N B, ESPERANZA  
Teléfono: 6660018-3176678051  
Web: integrarsalud.isismlaweb.com  
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

Fecha de Impresión: 2022/10/11 13:33:03  
Impreso por: GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ O

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRÍA

## Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1003625179	Nro Historia:	1003625179
Paciente:	LOZANO RAMIREZ ADRIANA ALEJANDRA	Nro Ingreso:	20221011020183
Fecha Nac:	2003/01/21	Fecha Ingreso:	2022-10-11 09:49:14.000
Dirección:	B	Tipo de Evaluación:	Ingreso
Edad:	19 años	Énfasis:	Anexo Osteomuscular
Sexo:	B		
Nombre del Cargo:	OFICIOS VARIOS		

## Audiometría - Antecedentes personales

Empty box for patient history and audiometry results.

**Otologicos**

	Presenta	Descripcion
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	no	NO REFIERE
Rinitis	no	NO REFIERE
Otalgia	no	NO REFIERE
Vértigo	no	NO REFIERE
Hipertension Arterial	no	NO REFIERE
Diabetes	no	NO REFIERE
Acúfenos	no	NO REFIERE
Enfermedades Virales	no	NO REFIERE
Otorrea	no	NO REFIERE
Otorragia	no	NO REFIERE
Prurito	no	NO REFIERE
Sensación de Oído Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

**Sintomaticos**

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	no	NO REFIERE
Sintomas Nariz	no	NO REFIERE
Sintomas Garganta	no	NO REFIERE

**Extralaborales**

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

**Patologicos**

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	no	NO REFIERE
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

**Traumaticos**

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	no	NO REFIERE
Trauma Directo	no	NO REFIERE
Trauma Acústico	no	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

**Quirurgicos**

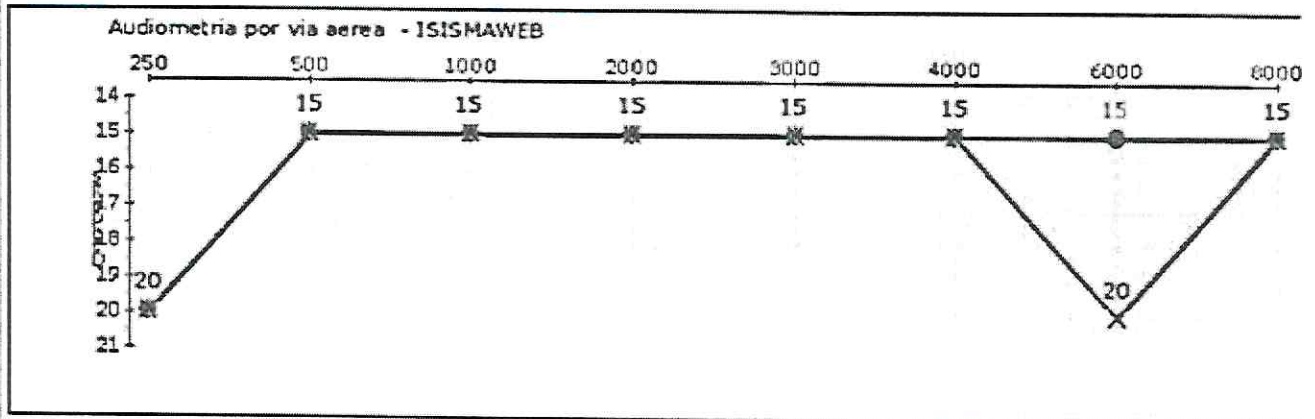
	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	no	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	no	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	no	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

**Toxicos y Farmacos**

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

**Audiometría - Habitos**





Audiometría - Audiograma Actual

Tipo de Examen:  Aerea - OD  
 Aerea - OI  
 Aerea Enmascarada - OD  
 Aerea Enmascarada - OI

Via Aerea  Oseas - OD  
 Oseas - OI  
 Oseas Enmascarada - OD  
 Oseas Enmascarada - OI

PTA (5123)  
 OI 15 dB  
 OD 15 dB

Audiometría Previa  
 1900-01-01T00:00:00Z

Frecuencia								Oído
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	
20	15	15	15	15	15	15	15	Derecho
20	15	15	15	15	15	20	15	Izquierdo

Audiometría - Audiograma Anterior

Frecuencia								Oído
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo

Cambio Significativo  
 No

Audiometría - Audiograma Diferencia

Frecuencia								Oído
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometría - Recomendaciones

Remisión DRL  Pruebas Complementarias  Receso auditivo Extralaboral

- Rotar Diadema Telefonica
- Control según PVE
- Auditiva según PVE
- Pausa Auditiva

- Remisión a Medicina Laboral
- Uso de EPP Auditiva
- Elemento de protección
- Conducir con ventanas cerradas

- Limpieza OD
- Limpieza OI
- Lavado de Oído

**Audiometría - Controles**

- Mensual
- Trimestral
- Anual
- Bimensual
- Semestral
- Audiometría Confirmatoria

**Audiometría - Impresión Diagnostica**

Diagnostico Principal EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICION  
 Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL  
 Descripción del GATI-50 AUDICION NORMAL

Diagnostico Ref 1  
 Diagnostico Ref 2  
 Diagnostico Ref 3

Diagnostico Bilateral AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO  
 Diagnostico O.D AUDICION NORMAL  
 Diagnostico O.I AUDICION NORMAL

**Audiometría - Resultado**

Resultado de Audiometría Normal

\* Descripción del Resultado general  
 AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

**Consentimiento Informado del Trabajador**

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (A) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en que lo requiera.



Nombre Profesional: Kattia Gissella Cortes Cortes O  
 Registro Profesional: 1193223684



Nombre del Paciente: ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAJ  
 Identificación del Paciente: CC - 1003625179

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	19-2-26	00941103	ROSA
Fiebre Amarilla	Única	15-08-2023	W3059	NORA
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1	15-08-2023	2332LC04B	NORA
	2	25-07-2024	2333LO21C	NORA
	3	29-05-28	7227X013A	NORA
	4	29-04-26	9330X005A	NORA
	5	16-02-29	99-15-01	ROSA
TdaP acelular	1	03-10-20	AC378466AA	NORA
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1	13-09-2012	J004479	
	2	15-11-2012	J004479	
Influenza estacional	Anual	15-08-2023	230047	NORA
	Anual	25-07-2024	V50524005	NORA
Covid 19	1ª	18-11-2021	204721A	Olga Aldona
	2ª			
	Ter Ref.			
	2do Ref.			
Otras		20-04-26	050526001	NORA

Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación  
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Adriana Alejandra

Apellidos: Lozano Ramirez

Documento de identidad: C.C.  C.E.  P.A.  C.D.  S.C.  P.E.  P.P.T.  D.E.

Número de documento: 1 0 0 3 6 2 5 1 7 9

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 01 Año 2003

## Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 17 de octubre de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ADRIANA ALEJANDRA LOZANO RAMIREZ identificado con cédula de ciudadanía 1003625179, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3245017369	87074884213	ACTIVA	13-02-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo  
Equipo Nequi

Acta Individual de Grado  
Institución Educativa Departamental  
Agrícola Paratebueno  
Paratebueno, Cundinamarca

En la ciudad de Paratebueno, Cundinamarca, a los 29 días del mes de noviembre del año 2019,  
se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado,  
las suscritas Rectora, y Secretaria de la

**Institución Educativa Departamental Agrícola Paratebueno**

Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Técnica y  
autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca,

para otorgar el Título de  
**BACHILLER TÉCNICO**  
Especialidad Agropecuaria

según Resolución de reconocimiento No. 0007269 del 5 de Octubre de 2016.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que alcanzaron el nivel de  
Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de

**Bachiller Técnico**  
**Especialidad Agropecuaria**

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación  
se relacionan a continuación

**Adriana Alejandra Lozano Ramírez**

Identificada con T.I. No. 1.003.625.179 de Paratebueno, Cundinamarca

Es fiel copia tomada del Acta General No. 032 de fecha 29 de noviembre de 2019.

Firmada y sellada por AMPARO ÁNGEL MIRANDA (Rectora),  
y ANGÉLICA OTÁLORA MARTÍNEZ (Secretaria)

Dado en Paratebueno, Cundinamarca, a los 29 días del mes de noviembre del año 2019.

Firmada y sellada,

AMPARO ÁNGEL MIRANDA  
C.C. No. 24.571.706 de Calarcá  
Rectora

ANGÉLICA OTÁLORA MARTÍNEZ  
C.C. No. 40.570.985 de Villavicencio  
Secretaria (E)



La República de Colombia  
y en su nombre, la

# Institución Educativa Departamental Agrícola Paratebueno

Paratebueno, Cundinamarca

Aprobada por la Secretaría de Educación Departamental de Cundinamarca,  
según Resolución de Reconocimiento No. 0007269 del 5 de Octubre de 2016,

Confiere a:

## Adriana Alejandra Lozano Ramírez

Identificada con T.I. No. 1.003.625.179 de Paratebueno, Cundinamarca

El Título de

### Bachiller Técnico Especialidad Agropecuaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.



AMPARO ANGEL MIRANDA  
Rectora

ANGÉLICA OVALORA MARTÍNEZ  
Secretaria (E)

Anotado al Folio No. 16 y 17 Libro de Registro No. 02

Dado en Paratebueno, Cundinamarca, a los 29 días del mes de noviembre de 2019

No requiere registro, según Decreto No. 221 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Procuraduría



**Función Pública**

**nipg**

modelo integrado  
de planeación  
y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

**Adriana Alejandra Lozano Ramirez**

C.C 1.003.625.179

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual  
**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 12 de junio 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 761609452000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".



Función Pública

mipg

modelo integrado  
de planeación  
y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

**Adriana Alejandra Lozano Ramirez**

C.C 1.003.625.179

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual  
**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 12 de junio 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 761609452206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".



Función Pública

mipg

modelo integrado  
de planeación  
y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

**Adriana Alejandra Lozano Ramirez**

C.C 1.003.625.179

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual  
**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 12 de junio 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 7616094523161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".



## Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**Adriana Alejandra Lozano Ramirez**

C.C 1.003.625.179

Participó y completó el curso virtual  
**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**  
Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 12 de junio 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público

Código: 76935704000