



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lozano		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Beltran		NOMBRES Carlos Mario	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 72298204			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 72298204		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES 10 AÑO 1985			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 37 C ? 3 B-12 CASA GALAN		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 0000000	EMAIL lozanokarlos14@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2002

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).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X			12	2008	27250/2010

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

3

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 HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3759400	FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
	Día	01	Mes	09	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA				DIRECCIÓN							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3225106	FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
	Día	01	Mes	03	Año	2019	Día	15	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA				DIRECCIÓN avenida circunvalar n 45-124							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3220651	FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
	Día	01	Mes	04	Año	2018	Día	28	Mes	02	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA				DIRECCIÓN Avenida circunvalaer n 45-124							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 9669560	FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
	Día	25	Mes	12	Año	2017	Día	30	Mes	03	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA				DIRECCIÓN AVENIDA CIRCUNVALAR N° 45-124							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SANIDAD POLICIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	05	Mes	05	Año	2016	Día	10	Mes	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN circunvalar				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN GRISTOBAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO GALAPA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	04	Mes	05	Año	2015	Día	02	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Galapa-Atlantico				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESTRELLA INTERNACIONAL SERVICE ENERGY				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2014	Día	01	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN chapinero				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO POLONUEVO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO POLONUEVO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	11	Mes	09	Año	2012	Día	11	Mes	09
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD USIACURI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARANOA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	05	Año	2012	Día	01	Mes	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD IPS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	10	Mes	01	Año	2010	Día	10	Mes	04	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Soledad- Atlantico						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO CUBIS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CHOCÓ			MUNICIPIO QUIBDÓ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	12	Año	2009	Día	15	Mes	12	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN barrio cubis						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE CONDOTO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CHOCÓ			MUNICIPIO QUIBDÓ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	06	Año	2009	Día	23	Mes	12	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

4

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	4

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

BOGOTÁ COLEDAD 01/07/2023

Carlos Lozano

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **CARLOS LOZANO BELTRAN** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **72.298.204** expedida en **BARRANQUILLA** actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Noviembre de 2023..

Firma:

Carlos Lozano B.

C.C 72.298.204

Nombre: **CARLOS LOZANO BELTRAN**



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales **la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

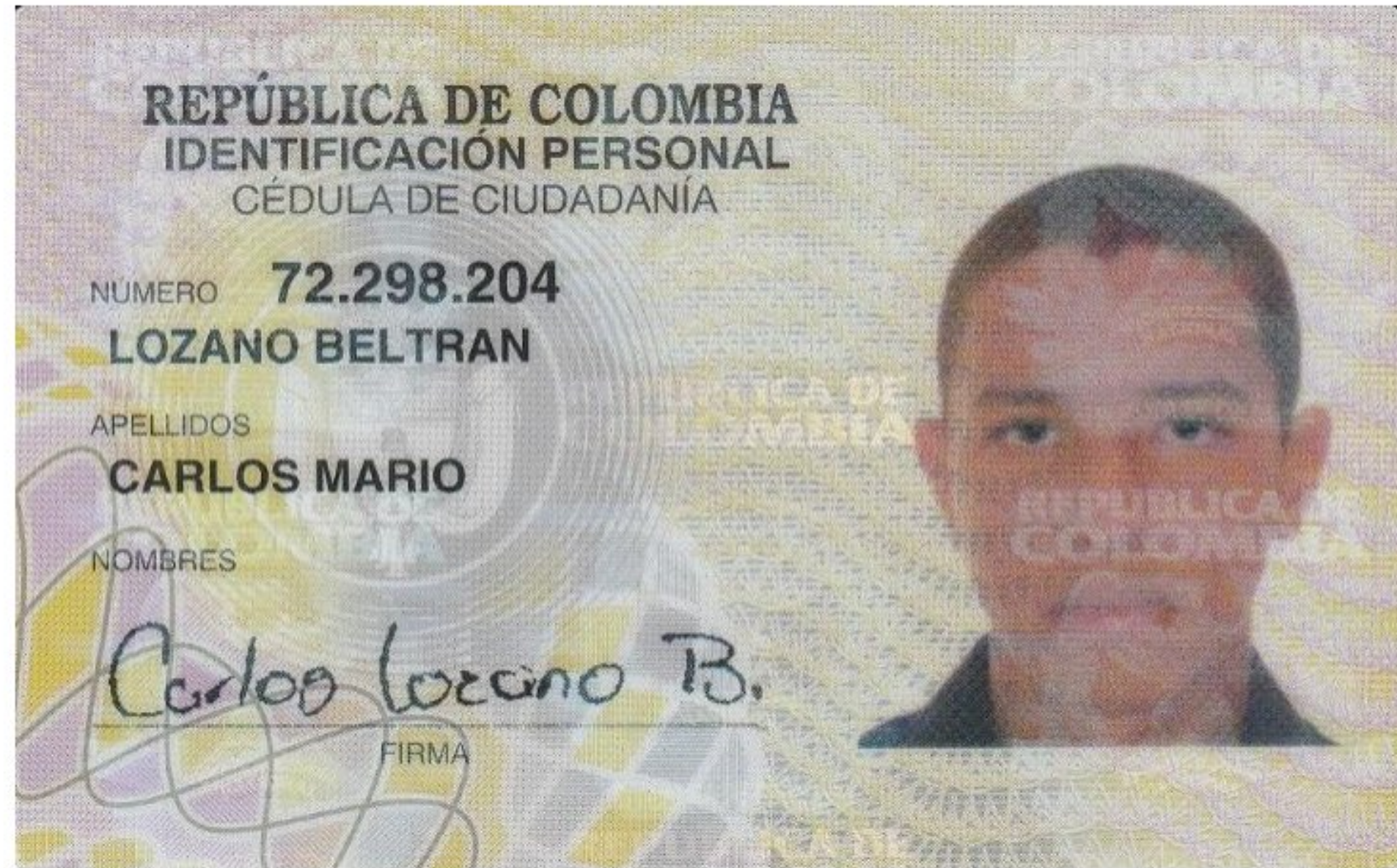
Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Noviembre de 2023.

Firma:

Carlos Lozano B.

Nombre: CARLOS LOZANO BELTRAN

Identificación: 72.298.204



Carlos Mario Lozano Beltrán.
Médico General.



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lozano		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Beltran		NOMBRES Carlos Mario	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 72298204			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>	NÚMERO 72298204		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 18 MES 10 AÑO 1985			CALLE 37 C ? 3 B-12 CASA GALAN		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 0000000	EMAIL lozanokarlos14@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2002

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).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X			12	2008	27250/2010

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

3

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 HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3759400	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	01	Mes	09	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA			DIRECCIÓN								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3225106	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	01	Mes	03	Año	2019	Día	15	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA			DIRECCIÓN avenida circunvalar n 45-124								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3220651	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	01	Mes	04	Año	2018	Día	28	Mes	02	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA			DIRECCIÓN Avenida circunvalaer n 45-124								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA POLICIA REGIONAL CARIBE		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 9669560	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	25	Mes	12	Año	2017	Día	30	Mes	03	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA			DIRECCIÓN AVENIDA CIRCUNVALAR N° 45-124								

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SANIDAD POLICIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	05	Año	2016	Día	10	Mes	04	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN circunvalar						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN GRISTOBAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO GALAPA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	05	Año	2015	Día	02	Mes	05	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Galapa-Atlantico						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESTRELLA INTERNACIONAL SERVICE ENERGY				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2014	Día	01	Mes	03	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN chapinero						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO POLONUEVO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO POLONUEVO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	11	Mes	09	Año	2012	Día	11	Mes	09	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD USIACURI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARANOA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	05	Año	2012	Día	01	Mes	07	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD IPS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	10	Mes	01	Año	2010	Día	10	Mes	04	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Soledad- Atlantico						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO CUBIS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CHOCÓ			MUNICIPIO QUIBDÓ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	12	Año	2009	Día	15	Mes	12	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN barrio cubis						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE CONDOTO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CHOCÓ			MUNICIPIO QUIBDÓ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	06	Año	2009	Día	23	Mes	12	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

4

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	4

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

BOGOTÁ COLEDAD 01/07/2023

Carlos Lozano

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PÓLIZA N°

1009678

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 868.002.490-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE		N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°		CERTIFICADO LÍDER N°				A.P.				
DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION		0							NO				
28	12	2022														
TOMADOR 21552020-CARLOS MARIO LOZANO BELTRAN						CC		72.298.204								
DIRECCIÓN CRR 23 N 47 32, BARRANQUILLA, ATLANTICO						TELÉFONO		3122982493								
ASEGURADO 21552020-CARLOS MARIO LOZANO BELTRAN						CC		72.298.204								
DIRECCIÓN CRR 23 N 47 32, BARRANQUILLA, ATLANTICO						TELÉFONO		3122982493								
EMITIDO EN BARRANQUILLA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DESDE	A LAS		HASTA	A LAS				
TIPO CAMBIO 1.00			3502	35	28	12	2022	27	12	2022	00:00	27	12	2023	00:00	365
CARGAR A: LOZANO BELTRAN CARLOS MARIO						FORMA DE PAGO		VALOR ASEGURADO TOTAL								
						4. 30 DÍAS		\$ 100,000,000.00								

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoría: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	100,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	100,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	100,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	100,000,000.00	SI	100,000.00
5	*PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS D	100,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	100,000,000.00	NO	0.00

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento NIT 000	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS		100.000 % NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

CLASE CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA

ESPECIALIDAD MEDICO GENERAL

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****100,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****19,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*****119,000.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <http://facturasseguros.transfiendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 0061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DJR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

28/12/2022 18:56:26

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

Carlos Lozano

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				6356	3	M Y S ASESORES ASOCIAD	

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 57 NO. 9-07 - BOGOTÁ. LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE: EN BOGOTÁ 3487955. A NIVEL NACIONAL 018000 910 554 Y DESDE CELULAR # 345. PRESENTE SUS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O SUGERENCIAS VÍA TELEFÓNICA, PÁGINA WEB, contactenos@previsora.gov.co, SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O POR EL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO TELEFAX: (1) 6108161 / 6750385. defensor@previsora.com o www.previsora.com

- ORIGINAL -

SISE-U-001-7



República de Colombia
Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó
División de Desarrollo de Servicios
Ministerio de la Protección social

RESOLUCIÓN No. 27

0250

DE 2010

()
Por la cual se concede autorización para el ejercicio Profesional.

EL AGENTE INTERVENTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL CHOCÓ

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto No. 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que, EL Doctor **CARLOS MARIO LOZANO BELTRÁN**, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.298.204 expedida en Barranquilla - Atlántico, solicito el Registro del Título de **MÉDICO**, otorgado por la **FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN** de Bogotá, según Acta de grado No. 855 y Diploma No. 16202 de fecha 12/12/2008

Que, según Acta de grado No. 855 y Diploma No. 16202 de fecha 12/12/2008, el Título fue otorgado a el Doctor **CARLOS MARIO LOZANO BELTRÁN**, por la **FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN** de de fecha 12/12/2008.

Que, el Doctor **CARLOS MARIO LOZANO BELTRÁN**, presto el Servicio Social Obligatorio en el Hospital San José de Condoto, ubicado en el Departamento del Chocó del 03/06/2009 al 23/12/2009.

RESUELVE:

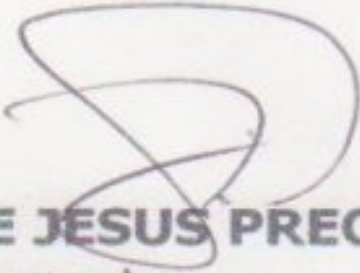
ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar , EL Doctor **CARLOS MARIO LOZANO BELTRÁN**, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.298.204 expedida en Barranquilla – Atlántico, el Registro del Título de **MÉDICO**, para ejercer la profesión en todo el territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para ejercer la Profesión en Zona Geográfica diferente a donde refrendó el título, el titular deberá inscribir su nombre en la Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer la Vigilancia y el Control que corresponde.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Se expide en Quibdó a los,

07 FEB 2010


EDWIN DE JESUS PRECIADO LORDUY
Agente Interventor
DASALUD – CHOCÓ


MARIO LEONARDO DÍAZ LORDUY

Carlos Mario Lozano Beltrán.

Médico General.

Menu



Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m.

en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)[Notificaciones judiciales](#)

Cambiar

9262

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-10-31--11:44:59 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	72298204	CARLOS	MARIO	LOZANO	BELTRAN	Vigente	Ver

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) CARLOS MARIO LOZANO BELTRAN identificado(a) con CC 72298204 registra La siguiente información:

2023-10-31--11:44:59 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2010-02-07	250	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

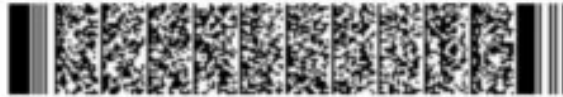
Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA CHOCÓ CONDOTO	2009-06-03	2009-12-23	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

2. Concepto Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14445363181



(415)7707212489984(8020) 000001444536318 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 2 2 9 8 2 0 4

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1

3

26. Número de identificación:

7 2 2 9 8 2 0 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 0 1 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1

6

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

29. Departamento:

Atlántico

30. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

LOZANO

32. Segundo apellido

BELTRAN

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Atlántico

40. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 37 3 B 12 AP 1

42. Correo electrónico:

lozanokarlos14@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 2 2 9 8 2 4 9 3

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 1 2 2 9

Actividad secundaria

48. Código:

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

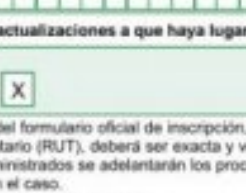
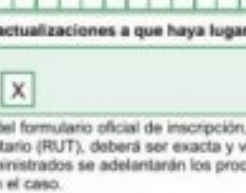
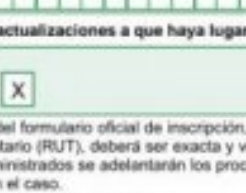
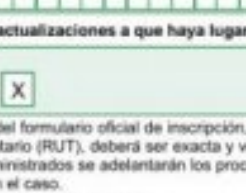
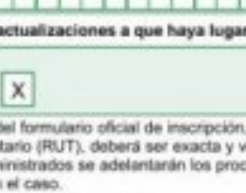
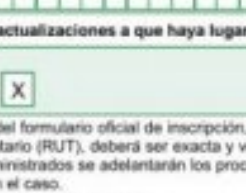
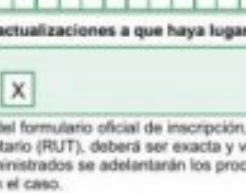
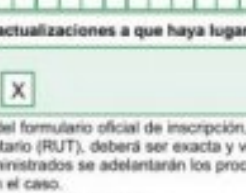
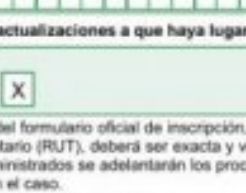
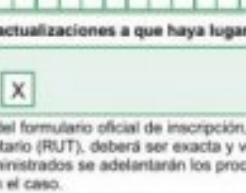
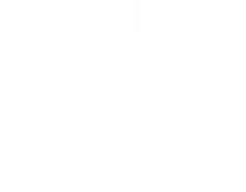
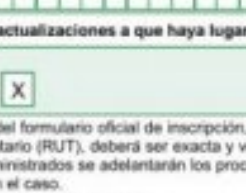
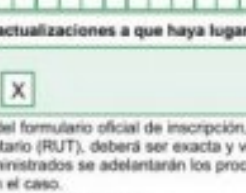
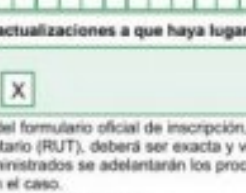
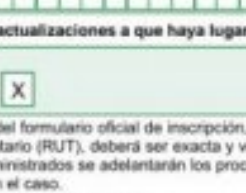
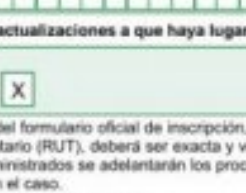
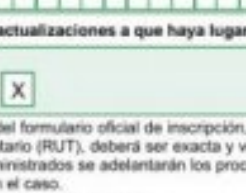
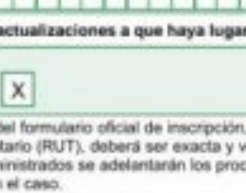
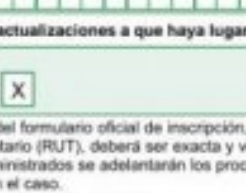
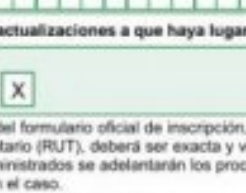
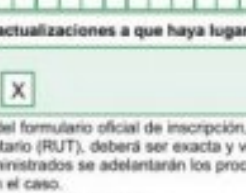
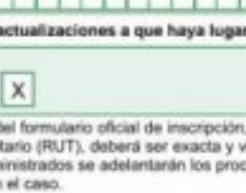
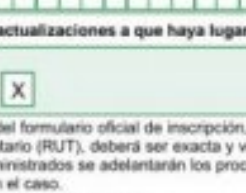
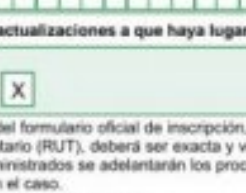
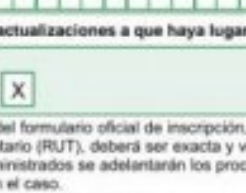
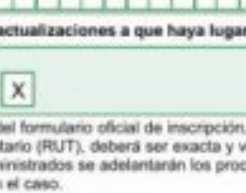
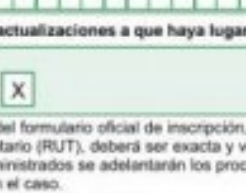
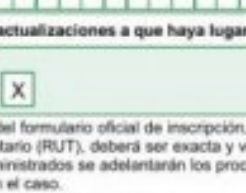
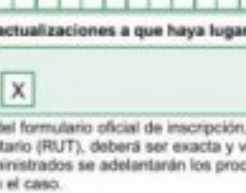
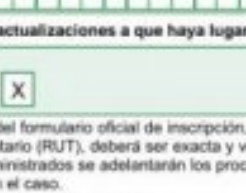
Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

2

0

20- Obtención NIT





*Carlos Mario Lozano Beltrán.
Médico General.*