



Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Lozano                                                                                                                                                           | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)                                                                                 | NOMBRES<br>Nora                                                             |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 1106483236                       | GENERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                  | NACIONALIDAD<br>COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                                                                          | NÚMERO                                                                                                         | D.M.                                                                        |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA <input type="text" value="09"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="1988"/><br>PAÍS<br>DEPTO<br>MUNICIPIO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>PAÍS<br>DEPTO<br>MUNICIPIO<br>TELÉFONO<br>EMAIL Lozanorodriguezsofia460@gmail. |                                                                             |

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 |     | EDUCACION MEDIA |     |      |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA           |     | FECHA DE GRADO  |     |      |  |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°             | MES | 03              | AÑO | 2005 |  |

|                                                                                                |                          |                                |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|
| 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 HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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<br>HOSPITAL SANTA BARBARA - VENADILLO |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA           |                             |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA                                  |  |  | MUNICIPIO<br>VENADILLO                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                             |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2840033                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     |                            | FECHA DE RETIRO             |    |     |    |     |      |
|                                                         |  |  | Día                                           | 15           | Mes | 11      | Año | 2025                       | Día                         | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>LIDER SOCIAL COMUNITARIO     |  |  | DEPENDENCIA<br>ATENCION PRIMARIA EN SALUD-APS |              |     |         |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 8 6 79 |    |     |    |     |      |

6

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Venadillo-Tolima 03-08-26

Nora Sofia Loraño Rodriguez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

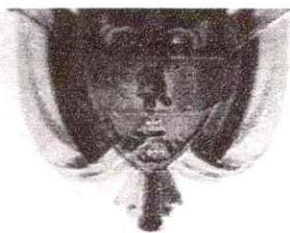
9

### OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia  
y en su nombre la  
**Institución Educativa Técnica**  
**"Camila Molano"**

Venadillo - Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento  
del Tolima, según Resolución No. 2014 del 24 de Noviembre de 2008

**Confiere a:**

**Nora Sofia Lozano Rodríguez**

Identificada (a) con C.C. 880409 - 00420 de Venadillo

**El Título de:**

**Bachiller Técnico**

**Con Especialidad Comercial**

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

Acta General de Graduación No. 026 Del 25 de Noviembre de 2005

Folio No. 064

Dado en Venadillo - Tolima, a los 25 días de Noviembre de 2005



Mariana Arceña Ramírez  
C.C. 14 159 423 de Bogotá D.C.

María Nilsa Robiano Sánchez  
C.C. 28 475 778 de Venadillo

Institución Educativa Técnica

« Camila Molano »

Venadillo - Tolima



## Acta Individual De Graduación

En Venadillo - Tolima a los 25 días del mes de Noviembre de 2005, se reunieron el Rector y la Auxiliar Administrativa en la Rectoría del plantel, para dar cumplimiento a los artículos 88 de la ley 115 de 1994 que determina que el Título de Bachiller se otorga a quienes hayan recibido una formación por niveles y grados y acumulado los saberes definidos en el Proyecto Educativo Institucional, dicho reconocimiento se hará constar en un Diploma y su otorgamiento es de competencia de los Rectores de las Instituciones Educativas en concordancia con el artículo 32 de la misma ley que regule la Educación Media Técnica que prepara a los estudiantes para el desempeño Laboral en uno de los sectores de la producción y de los servicios y para la continuación en la Educación Superior. En virtud a lo anteriormente expuesto se formalizo la graduación de los educandos del último grado de la Educación Media Técnica autorizado por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, Mediante Resolución No. 2014 del 24 de Noviembre de 2006. Para otorgar el Título de Bachiller Técnico con Especialidad Comercial, al estudiante que curso y aprobó los estudios correspondientes al grado undécimo de la Educación Media Técnica:

### Bachiller Técnico Con Especialidad Comercial

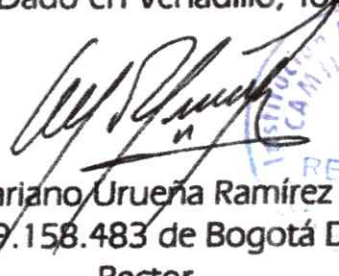
Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Nora Sofia Lozano Rodríguez**

T.I. 880409 - 00420 de Venadillo

Acta General de Graduación No. 026 Folio No. 064 del 25 de Noviembre de 2005

Dado en Venadillo, Tolima el 25 del mes de Noviembre de 2005

  
Mariano Uruena Ramirez  
C.C. 19.158.483 de Bogotá D.C.  
Rector

  
María Nilsa Rubiano Sánchez  
C.C. 28.975.770 de Venadillo  
Auxiliar Administrativa

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 lunes 03 de agosto de 2026, a las 10:35:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1106483236             |
| Código de Verificación | 1106483236260803103505 |

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

Generó: WEB





Bogotá DC, 03 de agosto 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) NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1106483236:

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750  
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:54:18 AM horas del  
03/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1106483236**

Apellidos y Nombres: **LOZANO RODRIGUEZ  
NORA SOFIA**

### **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.



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/08/2026 12:24:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1106483236** y Nombre: **NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**.

### 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. **145188989**. 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 Búsqueda

 Imprimir

515 9000



**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  |                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario      |  | 001                                                   |  |
| 2. Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 4. Número de formulario 141230433354          |  |                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  |                                                       |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 11064832369                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 6. DV 9                                       |  | 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  | 14. Buzón electrónico 9                               |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                               |  |                                                       |  |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13 |  | 26. Número de Identificación 1106483236               |  |
| Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 29. Departamento Tolima 73                    |  | 30. Ciudad/Municipio Venadillo 861                    |  |
| 31. Primer apellido LOZANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 32. Segundo apellido RODRIGUEZ                |  | 33. Primer nombre NORA                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  | 34. Otros nombres SOFIA                               |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                               |  |                                                       |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                               |  |                                                       |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                               |  |                                                       |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                               |  |                                                       |  |
| 38. País COLOMBIA 169                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 39. Departamento Tolima 73                    |  | 40. Ciudad/Municipio Venadillo 861                    |  |
| 41. Dirección principal CR 9 # 3 - 68                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                               |  |                                                       |  |
| 42. Correo electrónico lozanorodriguezsofia460@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                               |  |                                                       |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 44. Teléfono 1 3212797618                     |  | 45. Teléfono 2                                        |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                               |  |                                                       |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                               |  | Ocupación                                             |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Actividad secundaria                          |  | Otras actividades                                     |  |
| 46. Código 8699                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 47. Fecha inicio actividad 20251101           |  | 48. Código 7490                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  | 49. Fecha inicio actividad 20180606                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  | 50. Código 12                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  | 51. Código                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                               |  | 52. Número establecimientos                           |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                               |  |                                                       |  |
| 53. Código 49                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                               |  |                                                       |  |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                               |  |                                                       |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                               |  |                                                       |  |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                               |  |                                                       |  |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                               |  |                                                       |  |
| 55. Forma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                               |  |                                                       |  |
| 56. Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                               |  |                                                       |  |
| Servicio 123                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                               |  |                                                       |  |
| 57. Modo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                               |  |                                                       |  |
| 58. CPC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                               |  |                                                       |  |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |  |                                                       |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                               |  |                                                       |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                               |  |                                                       |  |
| 60. No. de Folios: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                               |  |                                                       |  |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                               |  |                                                       |  |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                               |  |                                                       |  |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                               |  |                                                       |  |
| Firma autorizada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |  |                                                       |  |
| 984. Nombre LOZANO RODRIGUEZ NORA SOFIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                               |  |                                                       |  |
| 985. Cargo CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                               |  |                                                       |  |
| Fecha generación documento PDF: 20-01-2026 01:05:02PM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                               |  |                                                       |  |



Función Pública

FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Nora Sofia Lozano Rodriguez

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. T.I. N° 1106483236 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Tolima Municipio Vehadillo

Dirección Mant A casa 3 piso 2 B/villa Paz Teléfonos 3212997618

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------|------------------------|------------|
| Juan Jose Posada Lozano    | 1106484576             | Hijo       |
| Sara Sofia Sandoval Lozano | 1106486431             | Hija       |
|                            |                        |            |
|                            |                        |            |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS

ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA POSERIÓN TOMAR PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR |
|-------------------------------------|-------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES |       |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS  |       |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN            | -     |
| ARRIENDOS                           | -     |
| HONORARIOS                          | -     |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | -     |
| <b>TOTAL</b>                        | \$ -  |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Banco Colombia     | Ahorros        | 619-530079-40       | Ibaque            | 0.                 |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |

### 1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

|                                 |                                               |    |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|----|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. C.E. T.I. | N° |
|                                 |                                               |    |

### 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |

### 3. FIRMA

Nora Sofia Lozano Rodriguez  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Venadillo-Tolima 03-08-16  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 7e9c3725-9669-4bda-89bb-d3621cc5ba30

Nombres y apellidos / Full name

NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 0 6 4 8 3 2 3 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

09/04/1988

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3212797618

Correo electrónico / e-mail

NOTIENE@GMAIL.COM

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                         | Dosis     | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio       | Número de Lote     | IPS Vacunadora                       | Nombres y apellidos del vacunador |
|--------------------------------|-----------|---------------------|-------|------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|                                |           | Date of vaccination |       |      |                   |                    |                                      |                                   |
| Vaccine                        | Doses     | Día                 | Mes   | Año  | Laboratory        | Vaccine Batch      | Administering Center                 | Full name Vaccinator              |
|                                |           | Day                 | Month | Year |                   |                    |                                      |                                   |
| TD Adulto                      | Primera   | 20                  | 01    | 2015 |                   | 024B2011D          | VENADILLO ESE HOSPITAL SANTA BARBARA |                                   |
| TD Adulto                      | Segunda   | 25                  | 02    | 2015 |                   | 024B2011D          | VENADILLO ESE HOSPITAL SANTA BARBARA |                                   |
| TdaP Acelular Gestante         | Anual     | 07                  | 04    | 2015 |                   | AC37B151AA         | VENADILLO ESE HOSPITAL SANTA BARBARA |                                   |
| COVID JANSSEN                  | Única     | 08                  | 07    | 2021 | Janssen           | 212A21A            | VENADILLO ESE HOSPITAL SANTA BARBARA | LEYDI KATHERINE MUÑOZ CRUZ        |
| Fiebre Amarilla                | Única     | 07                  | 05    | 2025 | Fabricante        | 24F0617            | VENADILLO ESE HOSPITAL SANTA BARBARA | LEYDI MUÑOZ                       |
| INFLUENZA TRIVALENTE           | Anual     | 20                  | 11    | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525004          | AMBALEMA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO    | YENIKA ALEJANDRA DAZA PEREZ       |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera   | 21                  | 11    | 2025 |                   | 24GHBV018 ELOVAC-B | IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE          | CARLOS ANDRES BERTEL CONSUEGRA    |
| Sarampión Rubéola              | Adicional | 10                  | 02    | 2026 | Serum             | 0095N001B          | VENADILLO ESE HOSPITAL SANTA BARBARA | LEYDI KATHERINE MUÑOZ CRUZ        |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

|                                                                                                    |                                                                                                                           |  |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>S.S.T.</b> | <b>Md. Lenin A. Puertas Silgado.</b><br><b>Reg. Méd.: 99-1438.</b>                                                        |  |  |
|                                                                                                    | <b>Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo. Lic. S.O. 73-2011 Sec. Salud del Tolima.</b><br><b>md.leninpuertas@gmail.com</b> |  |                                                                                     |

### CERTIFICADO DE EVALUACIÓN Y CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                      |                |                      |                       |                      |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| FECHA DEL RECONOCIMIENTO:                                                                                                                                                                                                | <b>19/11/2025</b>                                                | CIUDAD:              | <b>IBAGUÉ</b>  | DPTO.:               | <b>TOLIMA</b>         | CARGO A OCUPAR:      | <b>CONTRATISTA</b> |
| MOTIVO DE EVALUACIÓN, TIPO DE EXAMEN: <input checked="" type="checkbox"/> INGRESO. <input type="checkbox"/> PERIÓDICO. <input type="checkbox"/> RETIRO. <input type="checkbox"/> ALTURAS. <input type="checkbox"/> OTRO: |                                                                  |                      |                |                      |                       |                      |                    |
| NOMBRE EMPRESA: <b>TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b>                                                                                                                                                                          |                                                                  |                      |                |                      |                       |                      |                    |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA: <b>TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b>                                                                                                                                                                     |                                                                  |                      |                |                      |                       |                      |                    |
| <b>2. IDENTIFICACIÓN COLABORADOR</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                  |                      |                |                      |                       |                      |                    |
| NOMBRE(S):                                                                                                                                                                                                               |                                                                  | 1er APELLIDO:        |                | 2do APELLIDO:        |                       | CÉDULA:              |                    |
| <b>NORA SOFIA</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                  | <b>LOZANO</b>        |                | <b>RODRIGUEZ</b>     |                       | <b>1.106.483.236</b> |                    |
| SEXO:                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | FECHA DE NACIMIENTO: | EDAD:          | LUGAR DE NACIMIENTO: | LUGAR DE RESIDENCIA:  |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  | <b>09/04/1988</b>    | <b>37 AÑOS</b> | <b>ALVARADO, TOL</b> | <b>VENADILLO, TOL</b> |                      |                    |

#### A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

|                           |                                     |                               |  |                 |                 |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------|-----------------|
| Examen médico ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> | Espirometría                  |  | Laboratorios:   |                 |
| Audiometría               |                                     | Prueba psicotécnica           |  | Hemograma       | Frotis faringeo |
| Examen optométrico        |                                     | Electrocardiograma            |  | Perfil lipídico | KOH uñas        |
| Visiometría               |                                     | Hemoclasificación: <b>O +</b> |  | Glicemia        | Coprológico     |
|                           |                                     |                               |  | Serología       | Otros           |
|                           |                                     |                               |  | Serología II    |                 |
|                           |                                     |                               |  | Toxicológico    |                 |

### 3. CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

#### 3.1. EXAMEN MÉDICO DE INGRESO:

|                                                                          |                                     |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Sin restricción(es) para el cargo, sin patología aparente.               | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>PUEDEN REALIZAR LA LABOR.</b> |
| Sin restricción(es) para el cargo, con patología que no limita la labor. | <input type="checkbox"/>            |                                  |
| Con restricción(es) para el cargo.                                       | <input type="checkbox"/>            | Por motivo de:                   |
| Aplazado.                                                                | <input type="checkbox"/>            | Por motivo de:                   |

#### 3.2. EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO:

|                                                        |                          |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|
| Sin restricción(es), puede seguir realizando su labor. | <input type="checkbox"/> |                |
| Se sugiere reubicación laboral:                        | Temporal                 | Por motivo de: |
|                                                        | Permanente               | Por motivo de: |

#### 3.3. EXAMEN MÉDICO EGRESO:

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Satisfactorio                          |
| <input type="checkbox"/> No satisfactorio, por motivo de: _____ |

#### 3.4. CONCEPTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS:

|                                                                        |                                                                        |                                    |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Sin restricción(es) para trabajo en alturas <input type="checkbox"/> . | Con restricción(es) para trabajo en alturas <input type="checkbox"/> . | No apto <input type="checkbox"/> . |
| Tipo de restricción o limitación: _____                                |                                                                        |                                    |

### 4. CONDUCTA/RECOMENDACIONES

| MANEJO POR EPS/ARL                 | OCUPACIONALES                          | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA      |
|------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Control periódico P y P por EPS    | Control periódico ocupacional          | Modificar dieta               |
| Remisión a EPS                     | Higiene postural                       | Ejercicio físico regular      |
| Continuar manejo médico            | Utilización correcta de E.P.P.         | Abandono del hábito de fumar  |
| Remisión a ARL para manejo de caso | Utilización de ayudas ergonómicas.     | Reducir el consumo de alcohol |
| Seguimiento de caso por ARL        | Realización de pruebas complementarias |                               |
| Recomendaciones específicas: _____ |                                        |                               |

Declaro que todo lo referido y consignado en esta Historia Clínica Ocupacional está ceñido a la verdad y que no he ocultado información acerca de perturbaciones o deficiencias orgánicas, fisiológicas o psicológicas que impliquen riesgo para mi salud, para la de mis compañeros o para mi trabajo en esta empresa, además me comprometo a usar correctamente los elementos de protección personal (EPP) que me sean suministrados.

|                                               |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nora Sofia Lozano</b><br>Firma Trabajador. | <b>LENIN A. PUERTAS SILGADO.</b><br>Médico Esp. S.O.<br>Res.: 2011 del 25-06-2018, S.S.T.<br>Firma y sello del Médico. |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.106.483.236

LOZANO RODRIGUEZ

APELLIDOS

NORA SOFIA

NOMBRES

*Nora Sofia Lozano Rodriguez*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1988

ALVARADO  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 0+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-MAY-2006 VENADILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2912100-00130911-F-1106483236-20081123 0006780218A 2 28350340



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1106483236 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios:** 15/04/2024

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** HOSPITAL SANTA BARBARA E.S.E. DE VENADILLO

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 8 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO  
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

### CERTIFICA QUE:

NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ identificado con CC. 1106483236 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

#### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Nombres y/o Razón          | HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO |
| Tipo y Numero de Documento | NI - 890701010                      |

#### INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

|                              |                            |                            |                                                                                                                            |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/01/29                 | Fecha inicio contrato      | 2026/01/28                                                                                                                 |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/05/27                                                                                                                 |
| Riesgo                       | 3                          | Código actividad económica | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| Estado afiliación            | Inactiva                   |                            |                                                                                                                            |
| Fecha retiro                 | 2026/05/27                 | Estado del contrato        | Retirado                                                                                                                   |

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de agosto del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC04082026N1106483236A20730766**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

# Protección

Una empresa  SURA

## Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

### Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOZANO RODRIGUEZ NORA SOFIA** identificado(a) con **CC** número **1.106.483.236** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de enero de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de agosto de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10248

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días del 17 AL 18 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 18 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 18 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10249

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

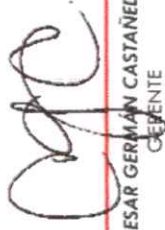
ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)

Realizado los días del 15 AL 16 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.

Certificación vigente hasta el día 16 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 16 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

10250

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días del 13 AL 14 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 14 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 14 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10251

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

Realizado los días del 11 AL 12 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 12 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 12 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com

## Certificado de depósito de bajo monto

**Jueves, 4 de junio de 2026**

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía 1106483236, 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 |
|--------------------------|----------------------------|--------|-------------------|
| 3212797618               | 87076471010                | ACTIVA | 25-03-2025        |

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

Un saludo  
Equipo Nequi



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10247

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

**SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**

Realizado los días del 19 AL 20 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 20 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 20 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
JEFE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cl. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10256

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## PROMOCION DE SALUD

Realizado los días del 01 AL 02 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 02 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 02 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10254

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## **ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

Realizado los días del 05 AL 06 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 06 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 06 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***Nora Sofia Lozano Rodriguez***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 87,00 %

21 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***Nora Sofia Lozano Rodriguez***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

**Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla**

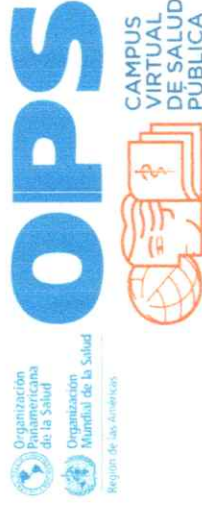
Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 48 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de mayo de 2026



Dra. Gina Tambini  
Representante OPS/OMS en  
Colombia



1916cc0f-d684-413f-81ba-1e9f16f83254



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10394

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

## FORMACION EN VACUNACION PARA COVID -19

Realizado los días del 21 AL 22 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.

Certificación vigente hasta el día 22 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 22 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10253

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

**REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)**

Realizado los días del 07 AL 08 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 08 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 08 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

CESAR GERMAN CASTAÑEDA  
GERENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cl. 18a No. 8a - 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

 Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com



**LIFECARE**  
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades  
10255

HACE CONSTAR QUE:

**NORA SOFIA LOZANO RODRIGUEZ**

CC 1106483236 DE VENADILLO (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

**COVID -19**

Realizado los días del 03 AL 04 de ENERO DE 2026, con una intensidad de 20 horas.  
Certificación vigente hasta el día 04 de ENERO del año 2028

DADO EN VENADILLO (TOLIMA) A LOS 04 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2026

  
CESAR GERMÁN CASTAÑEDA  
CELENTE



Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez  
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342



Sede CHAPARRAL.  
Cel. 3124763736



lifecareservice.ac@gmail.com  
certificadoslife.2023@gmail.com