FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CHIQUILLO	GIL	LORENA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1081920760	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 10 AÑO 1992				
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	PLATO		
MUNICIPIO	PLATO	TELÉFONO		EMAIL	lchiquillo22@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X		FISIOTERAPIA	05	2014	1081920760

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	26	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 13 39					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA VIGILANCIA EN SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 4 2					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL NUEVA GRANADA - NUEVA GRANADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* NUEVA GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA Y SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 9 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CORDOBA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CÓRDOBA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	03	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTEPEUTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA Y SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 2 A - 584						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE ZAMBRANO - ZAMBRANO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* ZAMBRANO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	08	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SERVICIO DE FISIOTERAPIA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 null null						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 7 DE AGOSTO DE PLATO - MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 23 null null						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CASALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	04	*Año* 2015	*Día*	11	*Mes*	10	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 null null						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD RED PUBLICA HOSPITALARIA DE BARRANQUILLA - LIQUIDADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	02	*Mes*	11	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA						*DIRECCIÓN* CALLE 33 33 09					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA REINA CATALINA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2013	*Día*	05	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA						*DIRECCIÓN* CALLE 82 47 12					

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*					

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Paola Urrutia.

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

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.081.920.760 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PLATO
Dirección	CALLE 8 N° 10 -43 BARRIO LA CONCEPCION			Teléfonos	3107146907

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	833.333
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 10.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORRO	51240141918	PLATO	$ 50.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	MOTOCICLETA	$ 4.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	CREDITO LIBRE INVERSION	$ 10.000.000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Fisioterapeuta

A LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL

Documento de identificación C.C.No. 1.081.920.760

testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 24 días del mes de Julio de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

El Rector,

El Secretario General,

El Director del Programa,

Registrado en el Folio No. 11 del Libro de Diplomas 29 Secretaría General de la Universidad

14272

Universidad Simón Bolívar
Personería Jurídica: Resolución No. 1318 Noviembre 15 de 1972 de la Gobernación del Atlántico.
Resolución No. 5424 Noviembre 23 de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
NIT. 890.104.633-9

19464

ACTA DE GRADO AG-11-315

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de julio del año 2014, se efectuó la ceremonia de graduación de:

CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA
*Documento de identificación N° **1081920760***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Director(a) del programa y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

*Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número **14272**, que le acredita como:*

FISIOTERAPEUTA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; Estela Maria Crissien Quiroz, Director(a) del programa, y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-11, en lo pertinente.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL
BARRANQUILLA

ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

Barranquilla, julio 24 de 2014.

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere a

LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL

con Documento de Identificación C.C.No. 1.081.920.760

el certificado de

Diplomado

en FISIOTERAPIA EN SALUD OCUPACIONAL

con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla, a los 24 días del mes de Julio de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Secretaria General,

Coordinador Académico

Mónica Consuegra Castillo
Director de Registro y Control

10085

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

Centro de Educación Continuada

Certifica que:

CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA

Participó en la capacitación:

ACTUALIZACION DEL EJERCICIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

con una intensidad de 4 horas académicas

Firmado a los 30 días del mes de 08 de 20 11

Conferencista

Lourdes Trujol de Ruia

Centro de Educación Continuada

CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

La Universidad Simón Bolívar por intermedio
del Centro de Educación Continuada

Certifica que

CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA

Participó en el

JORNADA DE EXPERIENCIAS CIENTIFICAS EN ACTIVIDAD FISICA

Con una intensidad de **8** horas académicas

Dado en **Barranquilla** a los **20** días del mes de **10** de **2011**

Sourdes Tarjol de Rua
Centro de Educación Continuada

Conferencista

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

Centro de Educación Continuada

Certifica que:

CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA

Participó en la capacitación:

SEMINARIO V SIMPOSIO DE ACTUALIZACION EN CIENCIAS BÀSICAS BIOMÈDICAS

con una intensidad de 8 horas académicas

Firmado a los 24 días del mes de 09 de 20 10

Conferencista

Centro de Educación Continuada

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Lorena Patricia chiquillo gil

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

2 de mayo de 2024

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6633b09d-b1b4-4f29-a6d1-09aaac1f0ba1

662670f5-0950-41e8-8693-5975ac1f5c1f

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Lorena Patricia chiquillo gil

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,33 %

22 de abril de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=662670f5-0950-41e8-8693-5975ac1f5c1f

Proyección Social
Una marca cun

Corporación Unificada Nacional de Educación Superior

LA COORDINACIÓN NACIONAL DE PROYECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA QUE:

Lorena Patricia Chiquillo Gil

Identificado(a) con cédula de ciudadanía. No. 1081920760
Asistió y aprobó el curso:

Claves del Sistema de Salud: Optimiza la experiencia del usuario

Realizado del 14 de marzo del 2025 al 25 de abril del 2025
Con una intensidad de 20 horas

Expedido en la ciudad de Montería, a los 23 días del mes de mayo del 2025

Liliana Villamizar Pérez
Coordinadora Nacional de Proyección Social

41258

La salud es de todos

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

Lorena Patricia Chiquillo Gil
CC 1081920760
Universidad Simón Bolívar
Barranquilla

Fecha Expedicion Diploma: 2014-07-24
Fecha Inscripcion RETHUS: 2014-09-01



Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co

Firma Representante Legal

COLFI - 10469

Firma

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1081920760** de PLATO
(MIL OCHENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS SESENTA)
NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

MAGDA ALEXANDRA GÓMEZ SANTANA
Personera Delegada Para El Juzgamiento Disciplinario I

Departamento del Magdalena
E.S.E. HOSPITAL 7 DE AGOSTO DE PLATO
NIT. N° 819002363-9
Tel 4851895

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL 7 DE AGOSTO CON FUNCIONES DE RECURSOS HUMANO.

CERTIFICA:

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que la señora ***LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL****, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.081.920.760. Plato Magdalena. Laboró en la E.S.E. hospital 7 de Agosto, como* ***FISIOTERAPEUTA****, en el tiempo comprendido del 20 de Febrero del 2017 a 27 de abril del 2018, mediante Orden De prestación de servicios, durante el tiempo que prestó sus servicios en la Institución lo hizo cumpliendo a cabalidad con sus deberes y obligaciones.*

Para mayor constancia y a solicitud del interesado se expide y se firma la presente en plato Magdalena a los doce (12) días del mes de junio del año 2018.

OSIRIS BALLESTAS VEGA
P. Universitario (J. de R. Humanos)

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE CASALUD IPS

C E R T I F I C A N

Que el (la) señora: **LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL,** identificada con la cedula de ciudanía No 1.081.920760 expedida en Plato Magdalena, laboro en esta IPS, desempañándose como Fisioterapeuta domiciliaria, desde Marzo 23 del 2015 hasta Noviembre 20 del 2015. demostrando puntualidad, compromiso, buena relaciones personales e interpersonales, responsable del trabajo que se le asigna.

Para constancia firmo la presente en la ciudad de Plato Magdalena, República de Colombia a los Quince (15) días del mes de Junio del año dos mil dieciocho (2018).

Atentamente

LINETH CERVANTES URIELES
Representante Legal

E.S.E. HOSPITAL LOCAL
SAN SEBASTIÁN

NIT 806.006.914 – 8

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIÁN DE ZAMBRANO BOLÍVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS.

CERTIFICA:

Que, revisado los archivos a nombre de **LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL** identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.081.920.760, se pudo constatar que se desempeñó como FISIOTERAPEUTA, durante el período comprendido entre el doce (12) de noviembre del año 2019 y el once (11) de noviembre del año 2022; tal como se detalla a continuación:

1. **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD:** E.S.E. Hospital Local San Sebastián.
2. **NIT:** 806.006.914 – 8
3. **ACTIVIDADES:**

- Realizar los tratamientos y técnicas rehabilitadoras que se prescriban.
- Participar, cuando se le pida, en el equipo multidisciplinar del Centro para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
- Conocer, evaluar e informar y cambiar, en su caso, la aplicación del tratamiento de su especialidad cuando se den, mediante la utilización de recursos ajenos.
- Conocer los recursos propios de su especialidad en el ámbito territorial.
- Participar en juntas y sesiones de trabajo que se convoquen en el Centro.
- Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los afectados e instituciones.
- En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

La presente certificación se expide por la parte interesada en el municipio de Zambrano Bolívar a los seis (06) día del mes de enero del año 2023.

Atentamente.

Ligia C. Falcón Pérez

LIGIA CRISTINA FALCÓN PÉREZ
Profesional Universitario

Dirección: Barrio La Mantequilla Cra. 17 Calle 03 Esquina
Email: esedocumentos@hotmail.com – contactenos@esesansebastianzambrano.gov.co

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA:

Que la señora **LORENA CHIQUILLO GIL,** identificada con cédula de ciudadanía **N°. 1.081.920.760;** está vinculada en esta entidad mediante el Contrato de Prestación de Servicios **No. CPSP-MP-044-2026** con **OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EFECTIVA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE PLATO MAGDALENA, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES COMUNITARIAS, INSTITUCIONALES E INTERSECTORIALES QUE FORTALEZCAN EL DERECHO AL ACCESO, GOCE Y RESTITUCIÓN DE LOS DERECHOS DESDE LA PRIMERA INFANCIA, SUPERANDO LAS BARRERAS DE POBREZA, EXCLUSIÓN Y BAJA COBERTURA DEL SISBEN DURANTE LA VIGENCIA 2026. **DURACIÓN:** Seis (06) meses, desde el día 23 de enero del año 2026. La forma de pago del contrato de prestación de servicios profesionales se realizará por mensualidades vencidas a razón de TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.320.000,00) M/CTE.

Para constancia se firma en Plato Magdalena a los once (11) días del mes de febrero de 2026.

ALEX RAÚL GÁMEZ TERÁN
Prof. Univ. Sec. De Gobierno
Oficina de Recursos Humanos

Elaboró: YSG	Verificó:	Aprobó:

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 martes 27 de octubre de 2026, a las 16:36:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081920760
Código de Verificación	1081920760261027163609

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305492971

PIB
16:38:11

Bogotá DC, 27 de octubre 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) LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081920760:

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 Politica 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 Relacionamiento 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:39:27 PM horas del 27/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1081920760**

Apellidos y Nombres: **CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/10/2026 04:43:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1081920760** y Nombre: **LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL.**

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. **150421277** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14886663993

(415)7707212489984(8020) 000001488666399 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 1 9 2 0 7 6 0	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 1 9 2 0 7 6 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Plato 5 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHIQUILLO	GIL	LORENA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Plato 5 5 5

41. Dirección principal
CL 8 10 43 BRR LA CONCEPCION

42. Correo electrónico lorena_510@hotmail.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 1 4 6 9 0 7	3 0 0 2 7 2 9 9 2 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023-01-05 / 04:33:25PM

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 CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-06-2026 10:55:22AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14886663993

(415)7707212489984(8020) 000001488666399 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 1 9 2 0 7 6 0	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 8 0 8 0 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 0 8 0 6	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 2 0 5 9 0 6	
78. Departamento	4 7	
79. Ciudad/Municipio	5 5 5	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1081920760** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE HOSPITAL 7 DE AGOSTO PLATO**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**01/02/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 28 de octubre del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHIQUILLO GIL LORENA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **1.081.920.760** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de agosto de 2018 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 28 de octubre 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 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**

Plato, Magdalena, Octubre de 2026

SEÑORES:

ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE PLATO MAGDALENA

Plato- Magdalena

REF: PROPUESTA TECNICA DE SERVICIO.

Cordial saludo.

El suscrito de acuerdo con los requisitos y condiciones que se estipulan en los términos de la invitación, me permito presentar propuesta para la suscripción del contrato cuyo Objeto **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA INTEGRAL A LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, DENTRO DE LA GOBERNANZA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**.

- Así mismo declaro en mi nombre y representación.
- Que en caso de ser favorecida con el certamen suscribiré el contrato respectivo.
- Que manifiesto expresamente haber leído y conocer los términos de la invitación y sus anexos, aceptando integralmente los requisitos y condiciones en ellos requeridos.
- Que ninguna entidad o persona diferente al suscrito tiene interés a esta propuesta ni al contrato probable que de ella se derive.
- Que la información dada en los documentos incluidos en esta oferta me compromete y garantiza la veracidad de información y datos de oferta.
- Declaro no hallarme incursa en algunas de la inhabilidades e incompatibilidades señaladas en la constitución política del 1992, la ley 80 de 1993 y sus normas reglamentarias y complementarias y no me encuentro incluido en el boletín de responsabilidades fiscales, de acuerdo con 10 previsto en el numeral 4 del artículo 38 de la ley 734 de 2002, en concordancia con el artículo 60 de la ley 610 de 2000 que me impidan participar en la presente invitación.
- Que certifico la veracidad de la información presentada en la presente propuesta.

De acuerdo con lo antes dicho aporta la siguiente documentación:

Propuesta económica y documentos soportes para la contratación:

- Hoja De Vida (Función Pública)
- Fotocopia De Registro Único Tributario
- Fotocopia De Cedula De Ciudadanía

- Certificado De Antecedentes Disciplinarios
- Certificado De Antecedentes De Responsabilidad Fiscal
- Certificado De Experiencia Con El Objeto A Contratar.

Igualmente señalo como dirección a donde puedan remitir por correo documentos, notificaciones y comunicaciones.

Dirección: Calle 8#10-43

Teléfono: 3107146907

Ciudad: Plato- Magdalena

Lorena Chiquillo

LORENA CHIQUILLO GIL

CC. No 1081920760 DE PLATO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.920.760

CHIQUILLO GIL

APELLIDOS

LORENA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1992

PLATO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-OCT-2010 PLATO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2105200-00276064-F-1081920760-20110106 0025457718A 1 32465859

NIT: 900647132
Calle 3 #14-88 Barrio Centro
tel:3157219130
email:unidso@hotmail.com

Concepto Examen Medico Ocupacional Pre-ingreso E. Osteomuscular

Fecha de atención: 2025-01-20 09:55:49



Nombre del paciente	LORENA PATRICIA CHIQUILLO GIL	**Dirección**	CALLE 8 N°10-43 BARRIO LA CONCEPCION	**Correo**	
Documento	(CC) 1081920760	**Sexo**	Femenino	**Municipio**	PLATO
Empresa	ALCALDIA MUNICIPAL DE PLATO MAGDALENA	**E. Beneficiaria**	ALCALDIA MUNICIPAL DE PLATO MAGDALENA	**Edad**	32 años 3 meses 15 dias
Estrato	1	**Teléfono**	3107146907	**Fecha Nacimiento**	1992-10-05

Información General

Tipo de Exámen
Ingreso

Estado Civil
Solter@

Hora del Exámen
10:14:06

Cargo
CONTRATISTA

EPS
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS

ARL
Positiva Compañía de Seguros

Área
Operativa

AFP
Protección

Concepto para el cargo

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
Recomendaciones
PAUSAS ACTIVAS
HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones para la empresa

* Dotar de los EPP adecuados según la exposición al riesgo del trabajador
* Pausas Activas
* Promover los hábitos de vida saludable
* Higiene Postural

Escanea el código QR con tu celular para verificar el concepto médico

Impreso por MedIntegral - Software Médico

Imprimió NALDA GOMEZ - 20/01/2025 10:16:07

Médico



Profesional: William Andres Arrieta Sanchez
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
R.M: resolución 2173 de 02/08/2022

Aspirante ó Trabajador



Nombre: Lorena Patricia Chiquillo Gil
Documento: 1081920760

UNIDAD INTEGRAL DE SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1081920760 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 28/09/2026 10:29 AM

Código Verificación: **PLXFTZNCYA**

Válida hasta: **28/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC