



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 180 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lozano		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Solano		NOMBRES Paola Andrea	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1098661394		SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 08 MES 10 AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Santander MUNICIPIO Bucaramanga		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA all 30 No 28-42 San José Aurora. PAÍS Colombia DEPTO Santander MUNICIPIO Bucaramanga TELÉFONO 3212178504 EMAIL paolalozano08@gmail.com			

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Comercio	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	X	MES	AÑO

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Contador Público	03	2012	173574-T

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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
Inglés	X			X			X		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 130 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Parques Nacionales Naturales de Colombia	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD personales@parquesnacionales.gov.co	
TELÉFONOS 6454868	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional de Presupuesto	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Av. Queb seco N 30-12 piso 1	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

20/ enero/ 2020

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA DE COLOMBIA

NÚMERO: 1-998-661-394

LOZANO SOLANO

APellidos

PAOLA ANDREA

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO: 08-OCT-1988

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO:

1.61 B+ F

ESTATURA: G.S. R+ SEXO:

10-NOV-2008 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AUGUSTO TORRES

INDICE DERECHO

A-2700100-00174434-F-1098661394-20090801 0015632577A 1 6800035815

EL ESTADO CIVIL



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-01-17, 11:01:35 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2019
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2019
Empresa	PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1098661394
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	43010581
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	545958054
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 240.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.11.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N802224808	230301	PORVENIR	1	\$ 132.500	\$ 0
N800261443	EP5005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.	1	\$ 103.600	\$ 0
N802226175	14-25	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	1	\$ 4.400	\$ 0
SubTotales:				\$ 240.500	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 240.500



Referencia Bancaria

Miércoles, 23 de enero de 2019

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO identificado(a) con CC 1.098.661.394, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	81400019240	2019/01/23	ACTIVA

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

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Claudia Posada Álvarez
Gerente Bancolombia S.A.

Feb 7/19 of

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia S.A. es una entidad financiera autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia. La información contenida en este documento es confidencial y no debe ser divulgada a terceros. Bancolombia S.A. no es responsable de los daños o perjuicios que puedan derivarse de la utilización de esta información.



Ministerio de Ambiente
y Desarrollo Sostenible
Haga Bien la Colombia

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL
SISTEMA DE PARQUES NACIONALES NATURALES



REGISTRO DE CUENTAS BANCARIAS
PERSONA NATURAL

IDENTIFICACION

TIPO DE DOCUMENTO C.C. ☒ C.E. ☐ NUMERO IDENTIFICACION 1098661394 FECHA EXPEDICION 10 nov-05 LUGAR EXPEDICION (Ciudad) Bucaramanga

PRIMER APELLIDO LOZANO SEGUNDO APELLIDO SOLANO PRIMER NOMBRE PAOLA SEGUNDO NOMBRE ANDREA

UBICACIÓN

PAIS COLOMBIA DEPARTAMENTO SANTANDER CIUDAD/MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCION ACTUAL CALLE 30 No 28-42 APARTADO AEREO

CORREO ELECTRONICO paolalozano08@gmail.com TELEFONO 1: 3212178504 TELEFONO 2:

CLASIFICACION TRIBUTARIA

ACTIVIDAD ECONOMICA : (CODIGO DEL RUT)

ACTIVIDAD PRINCIPAL 4 6 4 2 ACTIVIDAD SECUNDARIA 6 9 2 0 OTRAS ACTIVIDADES 4 6 4 3

RESPONSABILIDAD IVA
REGIMEN COMUN ☐
REGIMEN SIMPLIFICADO ☒

AUTORRETENEDOR RENTA SI ☐ NO ☒
AUTORRETENEDOR IVA SI ☐ NO ☒

INFORMACION PARA PAGOS

ENTIDAD FINANCIERA BANCOLOMBIA NUMERO DE CUENTA 81400019240

TIPO DE CUENTA CORRIENTE ☐ AHORROS ☒

CIUDAD BUCARAMANGA SUCURSAL CABECERA

FIRMA DEL TITULAR

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industrial y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

173574-I

PAOLA ANDRÉS
LOZANO SANCHEZ
C.E. 10964018-1
RESOLUCIÓN INSORCIÓN N° 337
UNIVERSIDAD DE LA PAZ

173574-I

DANIEL SANTIAGO PAVAS

10964018-1

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

858CE0117EF66498

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1098661394 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 173574-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 14 días del mes de Enero de 2020 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización
Español reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14420929840



141517072124855418020; 000001442092984 U

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1 0 9 8 6 6 1 3 9 4 - 1

6. DV

12. Dirección seccional:
Impresores y Adornos de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

34. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2 35. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3 36. Número de identificación: 1 0 9 8 6 6 1 3 9 4 37. Fecha expedición: 2 0 0 6 1 1 0

Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: 29. Departamento: Santander 30. Ciudad/Municipio: Bucaramanga 0 0 1 1

31. Primer apellido: LOZANO 32. Segundo apellido: SOLANO 33. Primer nombre: PAOLA 34. Otros nombres: ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

DREAM CATCHER STORE

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 39. Departamento: Santander 40. Ciudad/Municipio: Girón 3 0 7

41. Dirección principal:
CL 22 16 07 BRR ARBOLEDA CAMPESTRE TO 6 AP 845

42. Correo electrónico:
paolalozano08@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

46. Código: 4 6 4 2 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 0 7 1 2 48. Código: 6 9 2 0 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 0 3 1 7 50. Código: 1 2 4 6 4 3 51. Código: 3 4 3 3 52. Número establecimientos: 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 5

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 55. Forma: 56. Tipo: 57. Modo: 58. CPC: 59. Anexos: SI NO X 60. No de Folios: 1 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 7 1 2

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: 1 0

61. Fecha: 2 0 1 7 0 7 1 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2462 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

En perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: LOZANO SOLANO PAOLA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD Y FECHA: Bucaramanga 25/01/2019 INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST-
INCAPACIDAD ☐
NOMBRE: PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO C.C. 1098661394 Edad 30 años
EMPRESA: PARTICULAR CARGO: COORDINADORA DE PROYECTOS

EXAMENES REALIZADOS

1-	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	☒	7- RX	☐
2-	ESPIROMETRIA	☐	8- GLICEMIA	☒
3-	AUDIOMETRIA	☐	9- COLESTEROL	☐
4-	OPTOMETRIA OCUPACIONAL	☒	10- TRIGLICERIDOS	☐
5-	OSTEOMUSCULAR Y POSTURA	☒	11- VERTIGO	☐
6-	EKG	☐		

OTROS ☒ CUADRO HEMATICO PERFIL LIPIDICO HEMOCLASIFICACION TEST FRAMINGHAM

CONCEPTO MEDICO

1-	Sin defecto físico ni enfermedad que interfiera con su capacidad laboral para la labor asignada.	☒
2-	Con defecto físico o enfermedad que no disminuya su capacidad laboral para la labor asignada.	☐
3-	Con defecto físico o enfermedad corregible que interfiere con su capacidad laboral para la labor asignada.	☐
4-	Con defecto físico o enfermedad que interfiere con su capacidad laboral para la labor asignada.	☐
5-	Aplazado	☐

EXAMEN DE EGRESO: Sin restricción para continuar su labor actual ☐ Enfermedad de origen común ☐
Presenta restricciones temporales ☐ Sin diagnósticos de enfermedad profesional ☐
Presenta restricciones permanentes ☐ Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS/ARL ☐

RECOMENDACIONES

USO DE E.P.P.	☐	HIGIENE POSTURAL	☒
REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	☐	DIETA Y EJERCICIO	☐
PAUSAS ACTIVAS EN SU TRABAJO - RH B+			
Test de Framingham (0) RCV A 10 AÑOS (0)			
SVE.	RCV ☐	AUDITIVO ☐	ERGONOMICO ☐
		VISUAL ☐	RESPIRATORIO ☐

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD

RESTRICCIONES:

Paola Andrea Lozano Solano
Firma de la Aspirante

Paola Andrea Lozano Solano
Firma del Médico

FIRMA MEDICO E.S.O

FIRMA ASPIRANTE



LABORAL MEDICA SALUD OCUPACIONAL IPS SAS
NIT.900350292-1

FECHA: ENERO 25 DE 2019
PACIENTE: PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO C.C 1098661394
REMITIDO POR: LABORAL MEDICA SALUD OCUPACIONAL IPS

EXAMEN: VALOR DE REFERENCIA

GLICEMIA:	78,0	(70-110 mg/dl9.
COLESTEROL:	155,7	(Menor de 200 mg/dl)
COLESTEROL HDL:	42,1	(40-60 mg/dl)
TRIGLICERIDOS:	89,2	(Menor de 200 mg/dl)

HEMOCLASIFICACION: B Rh Positivo

ELSA B. AMOROSHO
Bacterióloga y Lab. Clínico
Cris-Reg. 18408

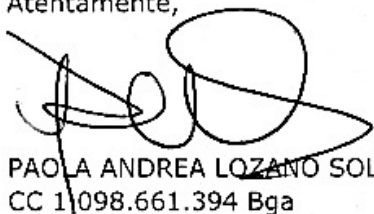
20 ENE 2020

Señores
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Territorial Andes Nororientales
Bucaramanga, Santander

Apreciado Señores

Con la presente manifiesto que conozco y acepto las condiciones, obligaciones, actividades y productos determinados en el Estudio Previo y me comprometo a cumplir todos y cada una de ellas.

Atentamente,



PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO
CC 1098.661.394 Bga

DECLARACIÓN JURAMENTADA

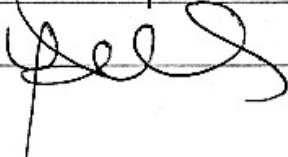
PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO identificado(a) con CC ☒ CE ☐ No. 1098.661.394
expedida en Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso
en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en las disposiciones
contenidas en la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 de 2011 y en las demás
disposiciones constitucionales y legales vigentes sobre la materia, que me impidan celebrar el
Contrato de Prestación de Servicios con Parques Nacionales Naturales de Colombia, cuyo objeto es:
Prestación de servicios profesionales a la gestión para apoyar a la Dirección Territorial Andes Nororientales y
sus Áreas Protegidas adscritas, en la aplicación efectiva del sistema de planeación establecido para Parques
Nacionales Naturales y los mecanismos de evaluación efectivos que faciliten el cumplimiento de los fines
misionales acordes a las directrices suministradas por la Oficina Asesora de Planeación.

Igualmente declaro que todos los documentos presentados para la celebración del contrato son
auténticos tanto material como ideológicamente.

En Bucaramanga a los 20 ENE 2020

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Paola Andrea Lozano Solano

IDENTIFICACIÓN: 1.098.661.394 B190

FIRMA DEL CONTRATISTA: 

	FORMATO AFILIACIÓN ARL	Código: GTH_FO_23
		Versión: 4
		Vigente desde: 17/12/2014

SOLICITUD DE VINCULACIÓN A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Yo Paola Andrea Lozano Solano identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1098661394 de Bucaramanga manifiesto que he sido informado (a) que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 **estoy obligado** a afiliarme a la **Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL)** de **Parques Nacionales Naturales de Colombia**, y que al afiliarme tengo derecho a percibir todas las prestaciones por accidente de trabajo o enfermedad profesional, de conformidad con lo señalado en el artículo 5 del **Decreto - Ley 1295 de 1994**, entre las cuales se encuentran las siguientes:

Prestaciones asistenciales: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de hospitalización, medicamentos, prótesis, órtesis, rehabilitación física y profesional y gastos de traslado necesarios para la prestación de los servicios.

Prestaciones económicas: Subsidio por incapacidad temporal, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, reconocimiento de la pensión para el cónyuge sobreviviente y auxilio funerario.

Adicionalmente informo que me comprometo a cotizar mensualmente los valores correspondientes a la Administradora de Riesgos Laborales, junto con los valores de salud y pensión, en los plazos previstos por la Ley, de tal forma que se asegure mi cobertura en el desarrollo del contrato.

En virtud de lo anterior, relaciono los datos para mi **afiliación obligatoria** a la Administradora de Riesgos Laborales de la entidad, con el fin de dar cumplimiento a lo contenido en el literal a), numeral 1, del artículo 2 de la **Ley 1562 de 2012**, de la siguiente manera:

Número de cedula,	1.098.661.394
Nombres y apellidos.	PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO
Fecha de nacimiento	8 OCTUBRE 1988
Dirección	CALLE 30 No 28-42
Teléfono	3212178504
Ciudad de residencia	BUCARAMANGA
Correo electrónico	Paolalozano08@gmail.com
Fecha de inicio y terminación del contrato.	
Entidad promotora de salud (EPS).	Sanitas

	FORMATO AFILIACIÓN ARL	Código: GTH_FO_23
		Versión: 4
		Vigente desde: 17/12/2014

Fondo de pensiones (AFP)	Porvenir
Valor total del contrato.	
Valor mensual del contrato.	4.823.432
Ingreso base de cotización (IBC).	1.929.372
Lugar de ejecución del contrato	Bucaramanga
Unidad de decisión a la que pertenece (PNN, Dirección Territorial, Principal o Subsede)	DTAN
Tipo de Sangre y Factor RH	B+
Información de persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Teléfono celular: Teléfono fijo: Indicativo () Dirección: Parentesco:

Contratos Simultáneos:

Posee contratos adicionales al suscrito en Parques Nacionales Naturales?

SI ☐ NO ☒

Si su respuesta es afirmativa, indique la siguiente información en cumplimiento al artículo 9 del Decreto 723 de 2013¹:

Manifiesto que es mi deseo afiliarme a la ARL _____ ya que poseo los siguientes contratos:

Empresa o entidad _____	Valor _____	nivel de riesgo _____
Empresa o entidad _____	Valor _____	nivel de riesgo _____
Empresa o entidad _____	Valor _____	nivel de riesgo _____

Firma _____

Fecha **20 ENE 2021**

¹ "Afiliación cuando existen varios contratos. Cuando los contratantes a los que les aplica el presente decreto cobren o realicen simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales **por la totalidad de los contratos suscritos**, en una misma Administradora de Riesgos Laborales" (Negrita fuera de texto)

El contratante **debe informar al contratante**, la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada, para que este realice la correspondiente novedad en la afiliación del nuevo contrato

Bucaramanga

Señores
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Ciudad

Cordial Saludo.

Asunto: Autorización para notificación electrónica de los documentos y actuaciones derivadas del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS

Paola Andres Lozano Solano, mayor de edad y residente de la ciudad de Bucaramanga, identificado(a) con Cedula No. 1098661391 expedida en la ciudad de Bucaramanga, actuando: (marcar con "X") en nombre propio ☒ o como persona debidamente autorizada por el interesado ☐ o como apoderado judicial ☐ o en calidad de representante legal ☐ de la empresa _____ identificada con NIT _____, con domicilio en _____,

AUTORIZO a **PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA**, para que los documentos y actuaciones derivadas del Contrato descrito anteriormente me sean notificados electrónicamente, de acuerdo con lo previsto en los artículos 53¹, 56² y numeral 1° del artículo 67³ de la Ley 1437 de 2011, el artículo 3° de la Ley 1150 de 2007⁴ y los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1999⁵, al siguiente correo electrónico: paolalozano08@gmail.com.

¹ Artículo 53. Procedimientos y trámites administrativos a través de medios electrónicos. Los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos. Para garantizar la igualdad de acceso a la administración, la autoridad deberá asegurar mecanismos suficientes y adecuados de acceso gratuito a los medios electrónicos, o permitir el uso alternativo de otros procedimientos.

² Artículo 56. Notificación electrónica. Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación.

³ Artículo 67. Notificación personal. Las decisiones que pongan término a una actuación administrativa se notificarán personalmente al interesado, a su representante o apoderado, o a la persona debidamente autorizada por el interesado para notificarse.

(...)

La notificación personal para dar cumplimiento a todas las diligencias previstas en el inciso anterior también podrá efectuarse mediante una cualquiera de las siguientes modalidades:

1. Por medio electrónico. Procederá siempre y cuando el interesado acepte ser notificado de esta manera.

⁴ La sustanciación de las actuaciones, la expedición de los actos administrativos, los documentos, contratos y en general los actos derivados de la actividad precontractual y contractual, podrán tener lugar por medios electrónicos. Para el trámite, notificación y publicación de tales actos, podrán utilizarse soportes, medios y aplicaciones electrónicas...

⁵ Artículo 20. Acuse de recibo. Si al enviar o antes de enviar un mensaje de datos, el iniciador solicita o acuerda con el destinatario que se acuse recibo del mensaje de datos, pero no se ha acordado entre éstos una forma o método determinado para efectuarlo, se podrá acusar recibo mediante:

Para el efecto declaro que conozco y acepto los términos, condiciones e instrucciones que se establecen sobre la notificación por medios electrónicos

Cordialmente,

Firma:



Nombre:

Paola Andrea Lozano S.

C.C.

1 098 661 394 Bq9

Representante Legal: (Marque con "x") SI ☐ NO ☒

Empresa: _____

a) Toda comunicación del destinatario, automatizada o no, o

b) Todo acto del destinatario que baste para indicar al iniciador que se ha recibido el mensaje de datos.

Si el iniciador ha solicitado o acordado con el destinatario que se acuse recibo del mensaje de datos, y expresamente aquél ha indicado que los efectos del mensaje de datos estarán condicionados a la recepción de un acuse de recibo, se considerará que el mensaje de datos no ha sido enviado en tanto que no se haya decepcionado el acuse de recibo

Artículo O 21. Presunción de recepción de un mensaje de datos. Cuando el iniciador recopación acuse recibo del destinatario, se presumirá que éste ha recibido el mensaje de datos.

AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La suscrita Paola Andrea Lozano S identificado con C.C./X.C.E./ P.P No. 1098661394 expedida en B/99, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a Parques Nacionales Naturales de Colombia – Dirección Territorial Andes Nororientales con NIT. 804.001.738-8, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.parquesnacionales.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de

Firma

Nombre

Cédula


Paola Andrea Lozano S
1098661394 B/99