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
ARANGUREN	PEREZ	LILIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 30083951	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 13 MES 04 AÑO 1979	CARRERA 8 15 53 TORRE 25 APT 101 CONJUNTO DECISION			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CASANARE
DEPTO	BOYACÁ	MUNICIPIO	YOPAL		
MUNICIPIO	SOGAMOSO	TELÉFONO	3138111	EMAIL	cajoca1304@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998

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	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	05	2024	
PREGRADO	7	X		TECNOLOGIA EN GESTION ADMINISTRATIVA	02	2024	
PREGRADO	4	X		TECNICA PROFESIONAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS	05	2021	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		INTEGRIDAD, TRANSPARECIA Y LUCHA CONTRA CORRUPCION	01	2025
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		MIPG	01	2025
FUNADCION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		CURSO ESTRATEGIA IAMI	01	2025
POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		AUDITORIA EN SALUD	12	2024
GRUPO INGENIO LIMITADA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		AUDITOR INTERNO	08	2024
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	12	X		MACRO REGIONAL MERITOGRACIA EN EL TERRITORIO	05	2024
POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		DIPLOMADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS DE LA SALUD	03	2021

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO Y ADMINISTRATIV	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 7 19 33 centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO SUBGERENCIA ADMINISTRATI					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 7 34						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO SUBGERENCIA ADMINISTRATI					*DIRECCIÓN* CALLE 7 19 33 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6358262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICA ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* APOYO SUBGERENCIA ADMINISTRATI					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 7 34						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIBUJANTE TECNICO	*DEPENDENCIA* APOYO SUBGERENCIA ADMINISTRATI					*DIRECCIÓN* CALLE 7 19 33 CENTRO						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPSI CAÑO MOCHUELO DEL RESGUARDO INDIGENA CAÑO MUCHUELO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102746107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO TECNICO						*DIRECCIÓN* CALLE 14 25 10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086358163	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AREA TECNICO ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 7 - 19 34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA VASCULAR DE CASANARE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3214466552	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER ATENCION AL USUARIO	*DEPENDENCIA* ATENCION AL USUARIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 35 68					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGROFARM NEGOCIOS INTERNACIONALES AGROPECUARIOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3223804333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* VENTAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 27 14 24					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION COLOMBIANA CORAZON DE MUJER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3219508554	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROGRAMAS DE AYUDA A LA MUJER	*DEPENDENCIA* ATENCION AL USUARIO						*DIRECCIÓN* CALLE 13 24 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	4
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 Tolú Julio 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-06 19:51

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIANA	CAROLINA	ARANGUREN	PEREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	30083951

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	SOGAMOSO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	YOPAL

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - E.P.S CAPRESOCA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	YOPAL

Dirección	["CALLE 7A No 19-34"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$50.655.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$50.655.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$800.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	CASANARE	YOPAL	$120.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	$27.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
OSCAR	ANTONIO	ANDRADE	FRANCO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 73166626

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

CAPRESOCA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 30,083,951 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: YOPAL

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	YOPAL
Dirección	CARRERA 8 # 15-53			Teléfonos	3138111579

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CAMILO ANDRES ANDRADE ARANGUREN	1,010,078,020	HIJO
MARIA JOSE ANDRADE ARANGUREN	1,006,796,343	HIJA
LUIS BENIGNO ARANGUREN	17,140,596	PADRE
GLADYS PEREZ DE ARANGUREN	46,353,189	MADRE

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** X **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	50,655,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 50,655,000

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
BANCO BBVA	AHORROS	981547300	YOPAL	$ 800,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	APARTAMENTO	$ 120,000,000

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
BANCO BBVA	TARJETA CREDITO	$ 10,000,000
BANCO BBVA	CREDITO	$ 17,000,000

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 X NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
OSCAR ANTONIO ANDRADE FRANCO	C.C. X C.E. T.I.	73,166,626

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

Tobal Julio 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

capresoca EPS
-Existimos para la Gente-

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PROVEEDORES O CONTRATISTAS-SARLAFT

FO-GJ-22
2025-09-08
V.03

Fecha de diligenciamiento	DIA		MES	1	AÑO	2026	Tipo de Solicitud	Nueva	x	Renovación		Actualización		Sucursal	CAPRESOCA EPS
Tipo de persona	Natural	x	Jurídica												

1. INFORMACION GENERAL (PERSONA NATURAL - PERSONA JURIDICA)

Nombre y Apellidos/ Razón Social	Liliana Carolina Aranguren Perez								
Tipo de Identificación: C.C x C.E. P.S. NIT	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición			Sexo				
Número: 30.083.951	Villavicencio	19	9	1997	M		F	x	OTRO
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección de Residencia							
13 / 4 / 1979	sogamoso	carrera 8 # 15-53							
Ciudad: Yopal	Departamento: Casanare	Teléfono:	Celular: 3138111579	E-mail: caioca1304@gmail.com					
Nombre de Contacto	Oscar Andrde Franco								

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y apellidos				
Tipo de Identificación: C.C. C.E. P.S. / Número:	Lugar de Expedición:	Fecha de Expedición	Sexo: M F	Teléfono - Celular
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección de Residencia		

3. IDENTIFICACION DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS

Certifico que los asociados, accionistas o socios que tienen mas del cinco (5%) de participación en el capital social de la entidad que represento son las personas naturales o jurídicas que aparecen en la siguiente relación:

Tipo de Documento	No. De Identificación	Nombre Completo	¿Por su actividad o Cargo administra Recursos públicos?	¿Por su actividad o Cargo ejerce algún Grado de poder Público?	¿Por su actividad u Oficio goza usted de Reconocimiento Público?	¿Está usted obligado A declaración Tributaria en otro País?
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO Indicar cuales
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO Indicar cuales
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO Indicar cuales
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO Indicar cuales

4. JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACION SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

TIPO DE DOCUMENTO: CC: Cedula - CE=Cedula de extranjería - PS=Pasaporte - RC=Registro civil - NIT=Núm.. ID Tributaria

Tipo de Documento	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Principal o Suplente	RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS			
				¿Por su actividad o Cargo administra Recursos públicos?	¿Por su actividad o Cargo ejerce algún Grado de poder Público?	¿Por su actividad u Oficio goza usted de Reconocimiento Público?	¿Está usted obligado A declaración Tributaria en otro

5. INFORMACION FINANCIERA DEL PROVEEDOR

Actividad Comercial	profesional de apoyo ruta cerebrocardiovascular					CIIU	8299
Tipo de Régimen	Común		Simplificado		Gran contribuyente SI NO		Autorretenedor SI NO
Tipo de empresa	Privada		Pública		Mixta		Posee certificaciones de calidad SI NO x Cual?
Ingreso Mensual	$ 4,605,000.00	Concepto Otros Ingresos			Egreso Mensual	$ 4,532,000	Activos $ 120,000,000
Otros Ingresos	$				Gasto sostenimiento	$	Pasivos $ 27,000,000
Total Ingresos	$ 50,655,000.00				Total Egresos	$ 49,855,000	

6. INFORMACION DE CONTACTO

Nombres y apellidos					
Teléfono		Celular		Fax	E-mail

7. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS (Adjuntar solo los documentos que apliquen de acuerdo al objeto social)

PERSONA NATUTRAL	0
1. Certificado de existencia y representación legal. 2. Fotocopia de la cédula. 3. Certificación bancaria. 4. Fotocopia del RUT completo. 5. Estados financieros con notas del ultimo año. 6. Declaración de renta.	1. Certificado de existencia y representación legal. 2. Fotocopia del RUT completo. 3. Fotocopia de la C.C. del representante legal. 4. Estados financieros con notas del ultimo año, dictamen de revisoria fiscal (si aplica) 5. Declaración de renta. 6. Certificación bancaria 7. registro unico de proponentes (RUP) (si aplica)

8. PERSONAS PEP´S (Sólo diligenciar por personas naturales)

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI	NO x		
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI	NO x		
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO x		
Por su actividad o Cargo, manejo recursos públicos?	SI	NO x	Fecha Ingreso DD MM AA	Fecha retiro DD MM AA Actualmente
¿Exdsten algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI	NO x	Indique	
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI	NO x	Indique	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO x		

9. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?: SI [ ] NO [x] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otras [ ]

Indique otras operaciones:

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [x] ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI [ ] NO [x]

Tipo de producto	No. Del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

10. CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACION DE SERVICIO CON CAPRESOCA EPS

Comercial	[ ]	Cual?	Producto	[ ]	Cual?
Asesoria	[ ]	Cual?	Servicio	[x]	Cual?
Salud	[ ]	Cual?	Otro	[ ]	Cual?

11. REFERENCIAS

Referencias Financieras

Entidad	Sucursal	No. de Cuenta	Producto / Servicio	Teléfono	Contacto
BANCO BBVA	YOPAL	981547300	AHORROS		

Referencias Comerciales

Razón Social	Dirección	Ciudad / País	Teléfono / Fax	Contacto

12. CLAUSULA DE AUTORIZACION

Ley 1581 de 2012 - Habeas Data

En mi calidad de titular de la información, autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada a CAPRESOCA EPS, en su calidad de responsable del tratamiento de datos personales, para recolectar, almacenar, usar, circular, transferir, transmitir, actualizar, suprimir y dar tratamiento a mis datos personales con las siguientes finalidades: (i) analizar y gestionar solicitudes de vinculación, negociación y ejecución de contratos; (ii) cumplir obligaciones legales, contractuales y regulatorias; (iii) controlar y prevenir fraudes, estudiar reclamaciones, liquidar y pagar siniestros; (iv) realizar estudios técnicos, estadísticos y de calidad; y (v) enviar información relacionada con servicios, programas, campañas, actividades administrativas, comerciales y de contacto de CAPRESOCA EPS, dentro de los límites legales vigentes. Declaro haber sido informado que la entrega de datos sensibles (incluidos los relativos a la salud o datos biométricos), así como los datos de niños, niñas y adolescentes, es de carácter facultativo, y que los suministro de manera voluntaria y, en el caso de menores, en calidad de representante legal.
Como titular de la información reconozco mis derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y en lo que resulte aplicable la Ley 1266 de 2008 modificada por la Ley 2157 de 2021, entre ellos: conocer, consultar, actualizar y rectificar mis datos personales; solicitar prueba de esta autorización; ser informado sobre el uso dado a mis datos; presentar reclamos ante CAPRESOCA EPS o quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio; revocar la autorización o solicitar la supresión del dato cuando no se respeten los principios constitucionales y legales; y acceder de manera gratuita a mis datos.
Para el ejercicio de estos derechos podré presentar mis solicitudes al correo electrónico: oficialcumplimientosarlaft@capresoca.gov.co
La presente autorización permanecerá vigente durante el tiempo en que exista relación contractual, precontractual, comercial o asociativa con CAPRESOCA EPS, y posteriormente mientras sea necesario para el cumplimiento de obligaciones legales o contractuales, o la atención de reclamaciones judiciales o extrajudiciales.

Autorización de consultores y reportes a centrales de riesgo:

En mi (nuestra) calidad de titular(es) de la información, y actuando de manera libre, expresa, previa, voluntaria e informada, autorizo(amos) de forma irrevocable a CAPRESOCA EPS, o a quien represente o llegue a representar sus derechos, para consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar la información relacionada con mi (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de naturaleza análoga, tanto en el ámbito nacional como internacional, a las centrales de riesgo u operadores de información debidamente autorizados por la ley.
La presente autorización se extiende a todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en las cuales intervenga(mos) en calidad de deudor(es) de CAPRESOCA EPS, o de quien ostente o llegue a ostentar sus derechos.
Asimismo, autorizo(amos) a las centrales de riesgo, en su calidad de operadores de información, para que pongan mi (nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos previstos en la Ley 1266 de 2008, modificada por la Ley 2157 de 2021, y demás normas que regulen la materia, siempre que su finalidad sea concordante con la aquí establecida.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI [x] NO [ ]

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI [ ] NO [ ]

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI [x] NO [ ]

13. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
1. La actividad, profesión u oficio personal y de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseen no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en ésta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos CAPRESOCA EPS. El incumplimiento de esta obligación faculta a la EPS, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas , completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
5. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
7. No tengo conflicto de intereses con CAPRESOCA EPS
6. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación , oficio, actividad o negocio): _____



FIRMA, HUELLA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL

14. ESPACIO EXCLUSIVO FUNCIONARIO DE CAPRESOCA EPS

Aprobado	[x]	Rechazado	[ ]	Año	Mes	Día

Se verificó en listas restrictivas según el Manual SARLAFT de CAPRESOCA EPS, sin hallazgos. SI [x] NO [ ]

Tiene la condición de persona políticamente expuesta (PEP)? SI [ ] NO [x]

Observaciones:

Firma Quien verifica

Nombres y apellidos:

Cargo:

Fecha: 10/10/2025 Hora: _____

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que Liliana Carolina Aranguren Perez, identificado(a) con CC número 30083951, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 30083951
NOMBRES Y APELLIDOS	Liliana Carolina Aranguren Perez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/04/1979
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	24/01/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	95 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	24/01/2019
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 30083951 LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ Desde 28/01/2022 - Vigente

Generado por interfaces 03/07/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

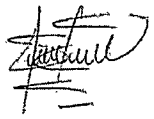
Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **30083951,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 viernes 03 de julio de 2026, a las 09:45:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	30083951
Código de Verificación	30083951260703094538

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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298850188

PIB
09:43:04

Bogotá DC, 03 de julio 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) LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 30083951:

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 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 01:46:14 PM horas del 03/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **30083951**

Apellidos y Nombres: **ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 03/07/2026 01:45:07 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **30083951** y Nombre: **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ.**

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. **143273933** . 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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:50:47 horas del 03/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **30083951,** Apellidos y Nombres **ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CAPRESOCA**, con NIT **891856000-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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 30083951 **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 03/07/2026 01:49 PM

Código Verificación: **3LYRM864TD**

Válida hasta: **01/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CRUZ ROJA COLOMBIANA

Cruz Roja Colombiana

F CR IPS 021
Versión 03

Cod. Seguridad
73195

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR



Fecha	5/03/2025
Nombre	ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA
Documento	30083951
Empresa	INDEPENDIENTE
Cargo	TECNICO DE APOYO

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Espirometria	Optometria	Glicemia	Koh	Coprológico	HCG	ECG
Audiometría	Cuadro Hemático	Serología	Frotis de garganta	Basciloscopia	RX de columna	
Visiometría	Perfil lipídico	Parcial de Orina	Cultivo de garganta	Hemoclasificación	RX de torax	
Transaminasas	Bun	Creatinina	Abuso de drogas	Alcohol en saliva	Ex. psicosensometrico	

Otros examenes

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiológica	Hábitos	Restricciones
X Uso elementos Protección Personal X Seguir Protocolos de Seguridad X Uso de correción óptica permanente X Pausas activas X Protección UV	X VALORACIÓN EPS X Consulta Externa	X Incluir PVE Visual X Incluir PVE Ergonomico	X Buena Postura	

Otras recomendaciones CONTROL POR OPTOMETRIA, PROTECCION OCULAR UV.

Cruz Roja Colombiana Servicio Comunitario

Carlos Eduardo López Casallas
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SO 0646/20
R M 8580007

ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA
TRABAJADOR

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0646-20

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

30083951

NUMERO

ARANGUREN PEREZ

APELLIDOS

LILIANA CAROLINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1979

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-SEP-1997 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0500100-30100053-F-0030083951-20020301 0673802059A 02 107052481

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945359566

(415)7707212489984(8020) 000001494535956 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 0 0 8 3 9 5 1	4	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 0 0 8 3 9 5 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARANGUREN	PEREZ	LILIANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
PROVEEDORA ANDAR	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 15 53

42. Correo electrónico: cajoca1304@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 1 1 1 5 7 9	3 0 1 5 9 0 1 8 9 7

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 2 9 9	2 0 1 7 0 1 1 0	4 7 2 9	2 0 1 3 0 3 0 8	4 7 5 5			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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: 2023-09-08 / 09:35:20AM

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: ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Departamental Guillermo Cano Isaza

Villavicencio - Meta

Autorizado por la Gobernación del Meta, según
Resolución No.1030 del 2 de Diciembre de 1997.

Confiere a:

Liliana Carolina Aranguren Pérez

Identificada con C.C. No.30.083.951 de Villavicencio

El Título de:

Bachiller Académico

Enfasis en Agroindustria

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

Rector

Secretaria

Anotado al Folio No. 064

Libro de Registro No. 001

Dado en Villavicencio - Meta, a 11 de Diciembre de 1998.

Acta Individual de Grado

Colegio Departamental Guillermo Cano Isaza

Villavicencio - Meta

Inscripción ICFES. No.061010. Inscripción DANE No.45000101579.

En la ciudad de Villavicencio - Meta, a los 11 días del mes de Diciembre del año 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del

Colegio Departamental Guillermo Cano Isaza

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica, Autorizado por la Gobernación del Meta, para otorgar el Título de

BACHILLER CADEMICO

Enfasis en Agroindustria

Según Resolución No.1030 del 2 de Diciembre de 1997.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de:

Bachiller Académico

Enfasis en Agroindustria

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Liliana Carolina Aranguren Pérez

C.C. No.30.083.951 de Villavicencio

Es fiel copia tomada del Acta General No.006-1998 de Fecha 11 de Diciembre de 1998 que consta de VEINTE (20) alumnos que comienza con el nombre de

ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA

y se cierra con el nombre de

VALDERRAMA REYES MARTHA LUCIA.

Firmada y Sellada por Presbitero JOSE GABRIEL REYES RODRIGUEZ (Rector) y LUZ ESTELA QUEVEDO CESPEDES (Secretaria).

En Villavicencio - Meta, a los 11 días del mes de Diciembre de 1998.

El Diploma y el Acta de Grado están exentos del registro en la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 del M.E.N.

Rector
Presbitero JOSE GABRIEL REYES RODRIGUEZ

Secretaria
LUZ ESTELA QUEVEDO CESPEDES
C.C. No.40.373.624 de Villavicencio

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL

DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

y debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Liliana Carolina Aranguren Perez

C.C. *30.083.951*

Por cumplir satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga

el título de:

Técnico Profesional en Procesos Administrativos

Registro M.E.N.
105498

Dado en *Bogotá, D.C.* *, el día* *5* *del mes* *noviembre* *de* *2021*

Rector *Decano* *Secretaria General*

Acta de grado Nº 137733 *Fecha 05/11/2021* *Registro de diploma Nº 137733* *, Libro 21* *, Folio 44*

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 137733

En **Bogotá, D.C.** a los cinco (5) días del mes de noviembre del año dos mil veintiuno **(2021),** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N., con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **105498** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

TÉCNICO PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS

A **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 30,083,951,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **137733** del libro de Registros de título No.**21** a Folio **44.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los cinco **(5)** días del mes de **noviembre** del año dos mil veintiuno **(2021),** en **Bogotá, D.C..**

SECRETARIA GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

Considerando que:

ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA
CC 30.083.951

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

TECNOLOGÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Registro M.E.N.
105499

En virtud de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Dado en Bogotá, D.C.,, a los 5 días del mes de junio de 2024

Rector

Secretaria General

Acta de grado No. 169531 *Fecha 5/6/2024* *Registro de diploma No. 169531,* *Libro 52, Folio 204*

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

VIGILADA MINEDUCACIÓN

ESCUELA DE TRANSFORMACIÓN EMPRESARIAL

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 169531

En **Bogotá, D.C.** a los cinco **(5)** días del mes de **junio** del año dos mil veinticuatro **2024,** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N., con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **105499** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

TECNOLOGÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

A **ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA,** identificada con **Cédula de ciudadanía No. 30.083.951,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **169531** del libro de Registros de título No. **52** y folio **204.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los cinco (**5**) días del mes de **junio** del año dos mil veinticuatro **2024, en Bogotá, D.C..**

SECRETARIA GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

(Ley Orgánica 1170 del 3 de Enero de 1983)

Considerando que:

ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA

CC 30.083.951

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Registro M.E.N.
105500

En virtud de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Dado en Yopal, a los 23 días del mes de octubre de 2024

Rector

Secretaria General

Acta de grado No. 170335 *Fecha 23/10/2024* *Registro de diploma No. 170335.* *Libro 54, Folio 307*

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

VIGILADA MINEDUCACIÓN

ESCUELA DE TRANSFORMACIÓN EMPRESARIAL

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 170335

En **Yopal** a los veintitrés **(23)** días del mes de **octubre** del año dos mil veinticuatro **2024,** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N., con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **105500** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

A **ARANGUREN PEREZ LILIANA CAROLINA,** identificada con **Cédula de ciudadanía No. 30.083.951,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **170335** del libro de Registros de título No. **54** y folio **307.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los veintitrés (**23**) días del mes de **octubre** del año dos mil veinticuatro **2024, en Yopal.**

SECRETARIA GENERAL

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Tarjeta Profesional 216.429

Resolución No. 01 del 15/01/2026



LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ
C.C. 30083951

PROFESIÓN: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR - CUN
Fecha del título: 23/10/2024

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Firmado digitalmente por:
ORLANDO JAVIER FERRO DUCUARA
Fecha: 22-01-2026 06:40:55 PM

Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio legal de la profesión de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

CERTIFICACIÓN DE TIEMPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO AJ- 263-2023

EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICADE CAPRESOCA EPS

CERTIFICA

Que, revisados los archivos de la oficina jurídica de la entidad, se constató que **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número N.° **30.083.951** expedida en Villavicencio Meta Suscribió con **CAPRESOCA EPS,** los contratos de prestación de servicio que se relacionan a continuación:

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO, A LAS PATOLOGIAS DE ALTO COSTO (VIH-HEMOFILIA, ARTRITIS REUMATOIDE, HEPATITIS C Y ENFERMEDADES HUERFANAS) SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE.

C.P.S. NO	FECHA DE INICIO	VALOR	TIEMPO	FECHA DE TERMINACIÓN
548	21 JUNIO DE 2023	$ 10.000.00 (EN EJECUCIÓN)	4 MESES	20 OCTUBRE DE 2023
227	11 ENERO DE 2023	$ 12.500.000	5 MESES	10 JUNIO DE 2023

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PROCESO DE LA SUBGERENCIA DE ASEGURAMIENTO DE RIESGO EN SALUD, PARA LAS PATOLOGIAS DE ALTO COSTO (VIH-HEMOFILIA, ARTRITIS REUMATOIDE, HEPATITIS C), SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE

C.P.S. NO	FECHA DE INICIO	VALOR	TIEMPO	FECHA DE TERMINACIÓN
868	28 octubre de 2022	$ 4.600.000	2 meses	27 diciembre de 2022

EPS
capresoca
- Existimos para la Gente -
NIT. 891.856.000-7

CERTIFICACIÓN DE CONTRATO
FO-AJ-04
2021-02-01
V.01

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PROCESO DE LA SUBGERENCIA DE ASEGURAMIENTO DE RIESGO EN SALUD, PARA LAS PATOLOGIAS DE ALTO COSTO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE.

C.P.S. NO	FECHA DE INICIO	VALOR	TIEMPO	FECHA DE TERMINACIÓN
426	28 enero de 2022	$ 15.300.000	9 meses	27 octubre de 2022

Dada en Yopal, el día 07 de julio del año 2023 a solicitud de la interesada.

ADRIANO ALFONSO PÉREZ JÁCOME
JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICA

Reviso: Martha Yaqueline Ordaz Rodriguez
Profesional de apoyo Oficina Asesora De Jurídica.

Proyectó: DEISY YADIRA MONTAÑA GÓMEZ
Elaboración y revisión de las carpetas contractuales

EPS capresoca
- Existimos para la Gente -
NIT. 891.856.000-7

120. 536

CERTIFICACIÓN DE TIEMPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICADE CAPRESOCA EPS

CERTIFICA

Que, revisados los archivos de la oficina jurídica de la entidad, se constató que **LILIANA CAROLINA ARANGURE PEREZ mayor** de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número N.° **30.083.951** expedida en Villavicencio de Meta Suscribió con **CAPRESOCA EPS,** el contrato de prestación de servicio que se relaciona a continuación:

OBJETO CONTRACTUAL PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PROCESO DE LA SUBGERENCIA DE ASEGURAMIENTO DE RIESGO EN SALUD, PARA LAS PATOLOGIAS DE ALTO COSTO, SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE

NO CTO	FECHA DE INICIO	VALOR	TIEMPO	FECHA DE TERMINACIÓN
426	28 enero de 2022	$ 15.300.000	9 meses	27 octubre de 2022

Actividades Contratadas

1. Asistir a los procesos de capacitación de plataforma SISCAC normatividad vigente relacionada con las cohortes de alto costo y las demás que se requiera) **definido por la normatividad vigente en mención, (0247/2014, 273/2019,1393/2015, 123/2015, 1692/2017 y 2463/2014)**
2. Realizar seguimiento efectivo mensual, mediante llamada telefónica a mínimo 300 pacientes caracterizados con patologías de alto costo dentro de las cohortes establecidas. Con el fin ingresar oportunamente el usuario a las rutas de atención y gestionando los servicios solicitados y Orientar a los usuarios que requieran servicios de salud de acuerdo con las rutas implementadas en la EPS CAPRESOCA para que las líderes de las cohortes de alto costo (Hemofilia, VIH, Cáncer, Enfermedad Renal y Artritis) coordinen, faciliten y prioricen la atención del servicio al afiliado.

3. Apoyar la consolidación bases de datos, reporte y monitoreo de los indicadores, informes de la medida especial, para las patologías de VIH, ARTRITIS Y HEMOFILIA y auditorias de las diferentes entidades, nacionales, departamentales y municipales.
4. Apoyar las mesas de trabajo y asistencias técnicas realizadas de las patologías de alto costo para los diferentes prestadores de servicio de salud con el fin de lograr la adherencia de las guías de las prácticas y seguimiento en las cohortes, teniendo la normatividad vigente.
5. Apoyar el cargue y las auditorias para las patologías de Alto Costo VIH, ARTRITIS Y HEMOFILIA, CANCER, ERC, de acuerdo al cronograma publicado por la Cuenta de Alto Costo, para las auditorias previas por la CAC.
6. Organizar los soportes clínicos de acuerdo con el manual de auditoría de la CAC para la cohorte de VIH, ARTRITIS Y HEMOFILIA y las que se requiera.
7. Verificar las certificaciones descargadas del sistema y organización de acuerdo con el cargue de la cuenta de alto Costo.
8. Notificar a la líder de la Ruta de las patologías de VIH, ARTRITIS Y HEMOFILIA de manera inmediata los factores de riesgo y alertas tempranas identificados en cada una de las RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD "RIAS", para el proceso de gestión seguimiento y adherencia al tratamiento, y de la misma manera notificar la al área de autorizaciones los respectivos tramites que impiden dar continuidad a la atención por la red de servicios.
9. Participar en la gestión de las estrategias y actividades diseñadas e implementadas para el cuidado de la población afiliada de Ruta para las patologías de cáncer.
10. Participar en reuniones programadas, cumplir con las actividades y/o compromisos adquiridos, del área de gestión del riesgo de la Ruta de patologías de VIH de alto costo.
11. Apoyar la solicitud a cada uno de los prestadores que reportan información de usuarios con patologías de Alto Costo de acuerdo con los periodos a reportar de la EPS Capresoca, para la Cuenta de Alto Costo, teniendo en cuenta las variables que están definidas en el anexo técnico de cada resolución, con las respectivas patologías (VIH, ARTRITIS Y HEMOFILIA). Y verificar que la información corresponda al periodo de corte para la respectiva vigencia de cargue a la plataforma SISCAC de la Cuenta de Alto Costo.
12. Aplicar para la realización de actividades contractuales, los procesos, procedimientos, instructivos, formatos y demás documentos estandarizados y aprobados por la entidad y publicados en la página http//www.capresocacasanare.gov.co/menú/sistema integrado de gestión.
13. El contratista es responsable de la información de los documentos donde se desarrolle el objeto de su contrato, por lo tanto, la entidad suministrará las tablas de retención documental para ser aplicadas en su totalidad de lo cual deberá dar cuenta de su gestión al supervisor del contrato.
14. Participar proactivamente en los procedimientos de auditorias internas y externas, rindiendo información veraz y oportuna previamente avalada por el responsable del proceso.
15. Entregar un informe mensual en físico y un informe final consolidado de la totalidad de actividades en medio magnético (CD), anexando debidamente diligenciado el formato paz y salvo (FO-TH-19) a la terminación del contrato.
16. Cumplir con las demás funciones asignadas por el supervisor y/o gerente de CAPRESOCA EPS, inherentes al objeto del presente contrato en salud o Gerente de CAPRESOCA EPS.

17. Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto contratado y sus respectivos anexos.
18. Estar afiliado y al día en los pagos del sistema de seguridad social en salud, pensión y administradora de riesgos profesionales.
19. Apoyar en la recolección de evidencias para el seguimiento y evaluación de mapa de riesgos y planes institucionales (plan de acción, planes de mejoramiento

Dada en Yopal, el día 22 de diciembre del año 2023 a solicitud de la interesada.

ADRIANO ALFONSO PÉREZ JÁCOME
JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICA

Revisó: Martha Yaqueline Orduz Rodríguez
Profesional de apoyo Oficina Asesora De Jurídica.

Proyectó: Deisy Yadira Montaña Gómez
Auxiliar Administrativo de la Oficina Asesora de Jurídica

EPS capresoca
- Existimos para la Gente -
NIT. 891.856.000-7

120. 537

CERTIFICACIÓN DE TIEMPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICADE CAPRESOCA EPS

CERTIFICA

Que, revisados los archivos de la oficina jurídica de la entidad, se constató que **LILIANA CAROLINA ARANGURE PEREZ** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número N.º **30.083.951** expedida en Villavicencio de Meta Suscribió con **CAPRESOCA EPS**, el contrato de prestación de servicio que se relacionan a continuación:

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PROCESO DE LA SUBGERENCIA DE ASEGURAMIENTO DE RIESGO EN SALUD, PARA LAS PATOLOGIAS DE ALTO COSTO (VIH-HEMOFILIA, ARTRITIS REUMATOIDE Y HEPATITIS C) SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE

NO CTO	FECHA DE INICIO	VALOR	TIEMPO	FECHA DE TERMINACIÓN
868	28 octubre de 2022	$ 4.600.000	2 meses	27 diciembre de 2022

Actividades Contratadas

1. Asistir a los procesos de capacitación de plataforma SISCAC normatividad vigente relacionada con las cohortes de alto costo y las demás que se requiera) **definido por la normatividad vigente en mención, (0247/2014, 273/2019,1393/2015, 123/2015, 1692/2017 y 2463/2014)**
2. Realizar seguimiento efectivo mensual, mediante llamada telefónica a mínimo 300 pacientes caracterizados con patologías de alto costo dentro de las cohortes establecidas. Con el fin ingresar oportunamente el usuario a las rutas de atención y gestionando los servicios solicitados y Orientar a los usuarios que requieran servicios de salud de acuerdo con las rutas implementadas en la EPS CAPRESOCA para que las líderes de las cohortes de alto costo (Hemofilia, VIH, Artritis hepatitis C) coordinen, faciliten y prioricen la atención del servicio al afiliado.
3. Apoyar la consolidación bases de datos, reporte y monitoreo de los indicadores, informes de la medida especial, para las patologías de VIH, ARTRITIS, HEMOFILIA y HEPATITIS C y auditorías de las diferentes entidades, nacionales, departamentales y municipales.
4. Apoyar las mesas de trabajo y asistencias técnicas realizadas de las patologías de alto costo para los diferentes prestadores de servicio de salud con el fin de lograr la adherencia de las guías de las prácticas y seguimiento en las cohortes, teniendo la normatividad vigente.

5. Apoyar el cargue y las auditorias para las patologías de Alto Costo VIH, ARTRITIS Y HEMOFILIA, CANCER, ERC, de acuerdo al cronograma publicado por la Cuenta de Alto Costo, para las auditorias previas por la CAC.
6. Organizar los soportes clínicos de acuerdo con el manual de auditoría de la CAC para la cohorte de VIH, ARTRITIS, HEMOFILIA, HEPATITIS C y las que se requiera.
7. Verificar las certificaciones descargadas del sistema y organización de acuerdo con el cargue de la cuenta de alto Costo.
8. Notificar a la líder de la Ruta de las patologías de VIH, ARTRITIS, HEMOFILIA Y HEPATITIS C de manera inmediata los factores de riesgo y alertas tempranas identificados en cada una de las RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD "RIAS", para el proceso de gestión seguimiento y adherencia al tratamiento, y de la misma manera notificar la al área de autorizaciones los respectivos tramites que impiden dar continuidad a la atención por la red de servicios.
9. Participar en reuniones programadas, cumplir con las actividades y/o compromisos adquiridos, del área de gestión del riesgo de la Ruta de patologías de VIH de alto costo.
10. Apoyar la solicitud a cada uno de los prestadores que reportan información de usuarios con patologías de Alto Costo de acuerdo con los periodos a reportar de la EPS Capresoca, para la Cuenta de Alto Costo, teniendo en cuenta las variables que están definidas en el anexo técnico de cada resolución, con las respectivas patologías (VIH, ARTRITIS, HEMOFILIA Y HEPATITIS C). Y verificar que la información corresponda al periodo de corte para la respectiva vigencia de cargue a la plataforma SISCAC de la Cuenta de Alto Costo.
11. Aplicar para la realización de actividades contractuales, los procesos, procedimientos, instructivos, formatos y demás documentos estandarizados y aprobados por la entidad y publicados en la página http//www.capresocacasanare.gov.co/menú/sistema integrado de gestión.
12. Participar proactivamente en los procedimientos de auditorías internas y externas, rindiendo información veraz y oportuna previamente avalada por el responsable del proceso.
13. Entregar un informe mensual en físico y un informe final consolidado de la totalidad de actividades en medio magnético (CD), anexando debidamente diligenciado el formato paz y salvo (FO-TH-19) a la terminación del contrato.
14. Cumplir con las demás funciones asignadas por el supervisor y/o gerente de CAPRESOCA EPS, inherentes al objeto del presente contrato en salud o Gerente de CAPRESOCA EPS.

Dada en Yopal, el día 22 de diciembre del año 2023 a solicitud de la interesada.

ADRIANO ALFONSO PÉREZ JÁCOME
JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICA

Reviso: Martha Yaqueline Orduz Rodriguez
Profesional de apoyo Oficina Asesora De Jurídica.

Proyecto: Daisy Yadira Montaña Gómez
Auxiliar Administrativo de la Oficina Asesora de Jurídica

NIT. 891856000-7

ACTA DE LIQUIDACIÓN CONTRATO No. 504.2024

CONTRATANTE:	CAPRESOCA EPS
CONTRATISTA:	LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ
CEDULA/NIT:	30083951
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PROCESO DE LA RUTA MATERNO PERINATAL DE LA SUBGERENCIA DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO EN SALUD
MODALIDAD:	Personal
FECHA DEL CONTRATO:	**2024/04/18**
FECHA INICIO:	**2024/04/18**
VALOR INICIAL:	15.000.000
PLAZO INICIAL:	6 MESES
CDP:	**2024.1186 Fecha 18 de abril de 2024;**
RP:	**2024.1677 Fecha 18 de abril de 2024;**
POLIZAS:	NO APLICA

EL CONTRATO TIENE ADICIONAL/PRORROGA: SI

NOTA: Si la respuesta es SI, ver Sección Adicionales y Prorrogas y anexar cuadro de ampliación de garantías

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	20.000.000
PLAZO FINAL DEL CONTRATO:	8 MESES
FECHA DE SUSPENSION:	
FECHA TERMINACIÓN:	**2024/12/17**
FECHA T. ANTICIPADA:	

INFORMACIÓN DE POLÍZAS (Sólo Si Aplica)

NO APLICA

CONTRATOS ADICIONALES / PRÓRROGAS					
DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCIÓN	VALOR	CDP	RP	PLAZO
Adición y Prórroga 01-0001-2024-570	2024/10/17	5.000.000	2024.2385-2024/10/16	2024.3746-2024/10/16	2 MESES

En la ciudad de Yopal, a los DIECIOCHO (18) dias del mes de Dic/bre de DOS MIL VEINTICUATRO (2024), se reunieron en las instalaciones de CAPRESOCA EPS, **ANA MARIA BETANCUR HENAO**, identificado(a) con la cédula de ciudadania No. 30391592 expedida en Manizales-Caldas Subgerente Aseguramiento del Riesgo en Salud, quien obra en su condición de Supervisor designado según artículo 57 del acuerdo No.012 del 06 de diciembre de 2022, expedido por el Consejo directivo, mediante el cual se adopta el manual de contratación el cual entró en vigencia el 14 de diciembre de los mismo mes y año teniendo en cuenta los informes de interventoria o supervision y **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ**, Identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 30083951 Expedida en Yopal-Casanare, en calidad de contratista, con el fin de suscribir la respectiva **LIQUIDACIÓN** del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIO No. 504.2024 de 18 de abril de 2024**, teniendo en cuenta:

BALANCE DEL CONTRATO			
CONCEPTO	VR. DEL CONTRATO	EJECUCIÓN	ORDENES DE PAGO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	15.000.000		
VALOR ADICIONAL	5.000.000		
VALOR TOTAL EJECUTADO		20.000.000	
VALOR TOTAL NO EJECUTADO		0	
VALOR EJECUTADO Y PAGADO A LA FECHA			15.000.000
VALOR EJECUTADO PENDIENTE DE PAGO PRESENTE ACTA			5.000.000
SALDO A FAVOR DE CAPRESOCA EPS			0
TOTALES	**20.000.000**	**20.000.000**	**20.000.000**

Quedando un saldo a favor del contratista de: **CINCO MILLONES PESOS M/CTE ($5.000.000)**, el cual se cancelará con la presente acta.
De igual forma queda un saldo a favor de CAPRESOCA EPS de: **CERO PESOS M/CTE ($0)**
En este estado las partes firmantes manifiestan estar totalmente de acuerdo con la presente acta de terminación y/o liquidación, dejando las siguientes constancias de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato de prestación de servicios:

1. Se decide dar liquidación del contrato No **504.2024 de 18 de abril de 2024.**
2. Que en la presente acta se encuentran consignados los valores por la ejecución parcial del contrato.
3. Que el contratista se encuentra a paz y salvo con el pago de la seguridad Social.

ACTA DE LIQUIDACIÓN CONTRATO No. 504.2024

4. Que el contratista manifiesta que CAPRESOCA EPS, cumplió con todas las obligaciones, por tanto, renuncia a toda acción de demanda contra la Entidad en relación con el objeto de la presente liquidación, entendiéndose que se declaran a paz y salvo una vez se cancele al contratista los valores adeudados y reconocidos en la presente acta de liquidación final bilateral.
5. Que el contratista presentó los informes mensuales correspondientes a la ejecución de las actividades realizadas o las facturas correspondientes a los servicios prestados, cumpliéndose el objeto del contrato debidamente certificado por el supervisor según certificación **110-504** del **2024/12/17**
6. La presente acta se enviará a la oficina de presupuesto y jurídica, para sus trámites respectivos.

Las partes son conocedoras que a partir de la fecha se terminan las obligaciones contractuales pactadas y por tal razón, en señal de aprobación se suscribe por quienes en ella intervinieron.

ANA MARIA BETANCUR HENAO
Subgerente Aseguramiento del Riesgo en Salud
Supervisor

LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ
TECNICO DE APOYO
Contratista

PROYECTO: TERESA PARDO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE COMUNICACION INTERNA Y EXTERNA	CODIGO: GTH-FR-02 VERSION: 2 FECHA APROBACION: 13-01-2023
	FORMATO CERTIFICACIONES LABORALES	

IPSI-CL-04-016-2024

LA COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS CERTIFICA QUE:

Que la señora **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PERE,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 30083951** expedida en Villavicencio, laboró en la **IPSI CAÑO MOCHUELO DEL RESGUARDO INDIGENA CAÑO MOCHUELO,** en ejecución al contrato **IPSI-CPS-06 N°038-2023** por OPS, suscrito con la **EPS CAPRESOCA** cuyo objeto es: Prestar los servicios y actividades como Apoyo Profesional así:

- Contrato **IPSI-CPS-06 N°038-2023** Contrato desde el día 16 de junio del 2023 al día 14 de agosto del 2023;
- **Otrosí N°1** del 15 de agosto del 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Realizando las siguientes actividades:

1. Brindar asesoría e información respecto a las metas que se deben cumplir al jefe inmediato en asuntos inherentes a la ejecución de su objeto contractual, registrando evidencia física de su ejecución.
2. Generar, actualizar, validar y reportar los datos relacionados con la Resolución N° 202 de 2021 para las diferentes entidades de acuerdo a la periodicidad y mecanismos de reporte establecidos por la norma.
3. Realizar la validación y auditoría de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) garantizando el cumplimiento de la resolución 3374 de 2000.
4. Presentar los indicadores relacionados con la resolución 3280 relacionando el numerador y denominador de cada uno de los 180 indicadores y enviar a las EPS de forma trimestral
5. Presentar los indicadores de la ruta materno perinatal de acuerdo al lineamiento técnicos de la ruta materno perinatal.
6. Presentar los indicadores de la salud auditiva y salud visual a los entes de control EPS y relacionados.
7. Presentar informe nominal de las actividades de demanda inducida institucional de acuerdo a la estructura de la base de datos.
8. Presentar la cohorte de pacientes crónicos captados y gestionados para la EPS
9. Las demás que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.

Fecha de inicio: 16 de junio de 2023

Fecha de terminación: 31 de diciembre 2023.

La presente se expide en la ciudad de Yopal a solicitud del interesado a los once (11) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

DANIELA NAVARRO ACEVEDO
Coord. De Talento Humano Ipsi Caño mochuelo

NIT. 891856000-7

ACTA DE LIQUIDACIÓN CONTRATO No. 219.2024

CONTRATANTE:	CAPRESOCA EPS
CONTRATISTA:	LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ
CÉDULA/NIT:	30083951
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PROCESO DE LA RUTA MATERNO PERINATAL DE LA SUBGERENCIA DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO EN SALUD
MODALIDAD:	Personal
FECHA DEL CONTRATO:	**2024/01/17**
FECHA INICIO:	**2024/01/17**
VALOR INICIAL:	7.500.000
PLAZO INICIAL:	3 MESES
CDP:	**2024.276 Fecha 16 de enero de 2024;**
RP:	**2024.314 Fecha 17 de enero de 2024;**
POLIZAS:	NO APLICA

EL CONTRATO TIENE ADICIONAL/PRORROGA: NO

NOTA: Si la respuesta es SI, ver Sección Adicionales y Prorrogas y anexar cuadro de ampliación de garantías

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.500.000
PLAZO FINAL DEL CONTRATO:	3 MESES
FECHA DE SUSPENSION:	
FECHA TERMINACIÓN:	**2024/04/16**
FECHA T. ANTICIPADA:	

INFORMACIÓN DE POLÍZAS (Sólo Si Aplica)

NO APLICA

CONTRATOS ADICIONALES / PRÓRROGAS					
DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCIÓN	VALOR	CDP	RP	PLAZO

En la ciudad de Yopal, a los DIECISIETE (17) dias del mes de Abril de DOS MIL VEINTICUATRO (2024), se reunieron en las instalaciones de CAPRESOCA EPS, **ANA MARIA BETANCUR HENAO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 30391592 expedida en Manizales-Caldas Subgerente Aseguramiento del Riesgo en Salud, quien obra en su condición de Supervisor designado según articulo 57 del acuerdo No.012 del 06 de diciembre de 2022, expedido por el Consejo directivo, mediante el cual se adopta el manual de contratación el cual entró en vigencia el 14 de diciembre de los mismo mes y año teniendo en cuenta los informes de interventoria o supervision y **LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ,** Identificado(a) con: CÉDULA DE CIUDADANÍA número 30083951 Expedida en Yopal-Casanare, en calidad de contratista, con el fin de suscribir la respectiva **LIQUIDACIÓN** del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIO No. 219.2024 de 17 de enero de 2024,** teniendo en cuenta:

BALANCE DEL CONTRATO			
CONCEPTO	VR. DEL CONTRATO	EJECUCIÓN	ORDENES DE PAGO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	7.500.000		
VALOR ADICIONAL	0		
VALOR TOTAL EJECUTADO		7.500.000	
VALOR TOTAL NO EJECUTADO		0	
VALOR EJECUTADO Y PAGADO A LA FECHA			5.000.000
VALOR EJECUTADO PENDIENTE DE PAGO PRESENTE ACTA			2.500.000
SALDO A FAVOR DE CAPRESOCA EPS			0
TOTALES	**7.500.000**	**7.500.000**	**7.500.000**

Quedando un saldo a favor del contratista de: **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000),** el cual se cancelará con la presente acta.

De igual forma queda un saldo a favor de CAPRESOCA EPS de: **CERO PESOS M/CTE ($0)**

En este estado las partes firmantes manifiestan estar totalmente de acuerdo con la presente acta de terminación y/o liquidación, dejando las siguientes constancias de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato de prestación de servicios:

1. Se decide dar liquidación del contrato No **219.2024 de 17 de enero de 2024.**
2. Que en la presente acta se encuentran consignados los valores por la ejecución parcial del contrato.
3. Que el contratista se encuentra a paz y salvo con el pago de la seguridad Social.

ACTA DE LIQUIDACIÓN CONTRATO No. 219.2024

4. Que el contratista manifiesta que CAPRESOCA EPS, cumplió con todas las obligaciones, por tanto, renuncia a toda acción de demanda contra la Entidad en relación con el objeto de la presente liquidación, entendiéndose que se declaran a paz y salvo una vez se cancele al contratista los valores adeudados y reconocidos en la presente acta de liquidación final bilateral.
5. Que el contratista presentó los informes mensuales correspondientes a la ejecución de las actividades realizadas o las facturas correspondientes a los servicios prestados, cumpliéndose el objeto del contrato debidamente certificado por el supervisor según certificación **130.219** del **2024/04/17**
6. La presente acta se enviará a la oficina de presupuesto y jurídica, para sus trámites respectivos.

Las partes son conocedoras que a partir de la fecha se terminan las obligaciones contractuales pactadas y por tal razón, en señal de aprobación se suscribe por quienes en ella intervinieron.

ANA MARIA BETANCUR HENAO
Subgerente Aseguramiento del Riesgo en Salud
Supervisor

LILIANA CAROLINA ARANGUREN PEREZ
TECNICO DE APOYO
Contratista

PROYECTO: **[illegible] PARDO**
auxiliar administrativo