Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| OROZCO | RESTREPO | PAULA ANDREA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41.944989 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 06 AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Quindío

MUNICIPIO Armenia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 10 Número 26-10

PAÍS Colombia DEPTO Quindío

MUNICIPIO Armenia

TELÉFONO 3146414633 EMAIL _____

## 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: BASICA SECUNDARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 1 AÑO 1997 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | Licenciada Ed. Preescolar | 12 | 2004 | Diploma |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingles | X | | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | |



Powered by CamScanner

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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Gobernación del Quindío | X | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Quindío | Armenia | xxxxx. Quindio.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| EXT: PBX: 6067359919.1343 | DÍA 17 MES 06 AÑO 2026 | DÍA 31 MES 08 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Pedagoga social | contrato H. M. F. #106 | Calle 5 # 22-06 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Gobernación del Quindío | X | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Quindío | Armenia | xxxx. Quindio.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6067368930 EXT 2.093 | DÍA 29 MES 01 AÑO 2026 | DÍA 30 MES 04 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Pedagoga social | contrato H. M. F #106 | Calle 5 # 22-06 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Gobernación del Quindío | X | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Quindío | Armenia | xxxxx. Quindio.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| PBX: 60673599 EXT 1343 | DÍA 02 MES 04 AÑO 2024 | DÍA 16 MES 07 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Profesional de Apoyo | contrato Secretaría Educación #1144 | calle 20 # 13-22 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alcaldía Armenia | X | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Quindío | Armenia | educacion@armenia.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7378424 EXT 107 | DÍA 09 MES 05 AÑO 2019 | DÍA 30 MES 11 AÑO 2019 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Profesional de Apoyo | contrato Secretaría Educ. #2019-2081 | granada. Calle 10 # 23c-44 |

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

Powered by CamScanner

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 | 6 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 2 | 1 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 0 | 8 |
| *TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA* | 7 | 5 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Armenia

*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*



Powered by CamScanner

Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICA
República de Colombia

PROSPERIDAD PARA TODOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO. Paula Andres Orozco Restrepo

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.944.989 A. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| | | | |
|---|---|---|---|
| País Colombia | Departamento Quindío | Municipio Armenia | |
| Dirección Carrera 10 # 26-10 Bloque 2 apto | | Teléfonos | 3146414633 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Mariana Raz Orozco | C.C. 1.090.275.157 | hija |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 0 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| TOTAL | $ 0 - |

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 |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | Ahorros | 055048044536376 | Armenia | 0 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| No | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Powered by CamScanner

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| No | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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 |
|---|---|
| No | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| No | |
| | |
| | |
| | |

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

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

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-CAP



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.944.989**

**OROZCO RESTREPO**

APELLIDOS

**PAULA ANDREA**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-1978**

**ARMENIA**
**(QUINDIO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**17-DIC-1997 ARMENIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-2600100-01124729-F-0041944989-20200109 0069594213A 1 8500171103

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14796014223

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 41944989 | 6. DV: 9 | 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Armenia | 14. Buzón electrónico: 1

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 41944989 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Quindío 63 | Armenia 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OROZCO | RESTREPO | PAULA | ANDREA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Quindío 63 | Armenia 001 |

41. Dirección principal: CR 10 26 10 BRR RINCON SANTO

42. Correo electrónico: paomariana78@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3146414633 | 45. Teléfono 2

## 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 |
| 8559 | 2019/05/06 | 8560 | 2019/05/06 | 8511 | | 2314 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

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: 2021-11-05 / 05:17:59PM

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: OROZCO RESTREPO PAULA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-08-2026 04:01:53PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

*SaludTotal.*

ARMENIA, Agosto 30 de 2026

Señora:

OROZCO RESTREPO PAULA ANDREA

CC. 41944989CR 10 NUMERO 26 10 BRR RINCON SANTO - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 6 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Aft | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OROZCO RESTREPO PAULA ANDREA | 41944989 | C | Sep 6 2019 | 128 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio) | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| ASOCIACION CLUB ACTIVA OO DE ARMENIA | 41944989 | Dependiente | CERRADO |
| CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO VERSALLES | 41944989 | Dependiente | CERRADO |
| CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO VERSALLES | 41944989 | Dependiente | CERRADO |
| PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO | 41944989 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO | 41944989 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO | 41944989 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO | 41944989 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO | 41944989 | Independientes con contrato de prestación de servi | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Powered by CamScanner

**DECLARACIÓN RELACIONADA CON INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA NOMBRAMIENTO Y/O CELEBRAR CONTRATOS CON LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA.**

PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 41.944.989 manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para nombramiento y/o CelebrarContratos con la ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, entre otros declaro:

1. Que SI___NO_X_he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P ).

2. Que como servidor público SI_NO_X_ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P )

3. Que Si__ NO_X__ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que SI___NO_X___en sentencia judicial he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que Si___NO_X_ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál?_____(Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato? Si____No____ ¿Cuál?_____(Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa?Si__NO_X (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público? SI___NO_X__(Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta de Acción Comunal del Municipio del Quindío? Si_NO_X_(Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para esta misma licitación? Si__NO_X__(Art. 8°, Núm. 1°, lit. g),ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato? Si __NO_X__¿Cuál?_____(Art. 8°, Num. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante? Si___ NO_X___ ¿Quién?_____¿Cuál fue el monto del aporte?_____(NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembro de la junta o consejo directivo, o que ejerzan el control interno o fiscal de la entidad? SI___ NO_X__¿Quién?_____Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).

14. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? Si__ NO__X_¿Cuál?_____¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI_ NO__Indiquefecha de retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°).

15. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal? SI___NO_X__.

Powered by CamScanner

16. ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI_____NO X___ Indique fecha de retiro___(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

17. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___NO__X_ ¿Cuántas?_____(Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)

18. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI NO_X____¿Cuántas?__(Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).

19. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI__NO_X_ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).

20. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato? SI___ NO__X_ ¿Cuál?_____(APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.

FIRMA:
**NOMBRE:** Paula Andrea Orozco Restrepo
C.C. 41.944.989 Armenia

Powered by CamScanner

# FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

*Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.*

| Fecha de diligenciamiento | | | Tipo de Cliente o Contraparte | | | | | | | | Tipo de Solicitud | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 día | 08 mes | 2026 año | Cliente | | Contratista | X | EPS | | Proveedor | | Vinculación | |
| | | | Colaborador | | Junta Directiva | | Otro | | | | Actualización | |

Ciudad | Regional | Zonal

## I. INFORMACIÓN GENERAL

### PERSONA NATURAL

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento | N° Identificación |
|---|---|---|---|---|---|
| Orozco | Restrepo | Paula | Andrea | CC X CE TI PAS CD | 41.947.989 |

| Lugar de expedición | Fecha de expedición | Lugar de nacimiento | Fecha de nacimiento | Dirección |
|---|---|---|---|---|
| Armenia | 4 día 12 mes 1997 año | Armenia, | 15 día 06 mes 1978 año | carrera 10 # 26-10 |

| Teléfono | Celular | Ciudad | Departamento | Profesión | Ocupación (código CIIU) |
|---|---|---|---|---|---|
| | 3146414633 | Armenia | Quindío | Docente | |

Responda sí o no a las siguientes preguntas

| ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|---|---|---|---|
| NO | NO | NO | NO |

### PERSONA JURIDICA

| Razón Social | NIT | Correo electrónico |
|---|---|---|
| | | |

Tipo de sociedad: Anónima | Limitada | S.A.S. | Otra | ¿Cuál?

Tipo de empresa: Privada | Pública | Mixta | Sin ánimo de lucro

**Actividad económica principal**

| Salud | Farmacéutico | Químico | Industrial | Otro | ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|
| Transportes | Servicios | Comercial | Financiero | | Código CIIU |

Descripción de la actividad económica

| Dirección oficina principal | Teléfono | Celular | Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Dirección agencia o sucursal | Teléfono | Celular | Ciudad | Departamento |

**Representante Legal**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento | N° Identificación |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | CC CE PAS CD | |

| Lugar de expedición | Dirección | Teléfono | Ciudad |
|---|---|---|---|
| | | | |

Responda sí o no a las siguientes preguntas

| ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|---|---|---|---|
| NO | NO | NO | NO |

**Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

| Razón social o nombres y apellidos | Tipo de documento | N° Documento | % de Participación | Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)**

| Nombres y apellidos | Tipo de documento | N° Documento | Principal o suplente | Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## II. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total activos $ | Total pasivos $ | Patrimonio $ |
|---|---|---|
| $ 2'000.000 - | $ 700.000 - | 2.000.000 |

| Ingresos mensuales $ | Egresos mensuales $ | Otros ingresos $ |
|---|---|---|
| 3'000.000 | 1500000 | -0- |

| Concepto de otros Ingresos | | Información financiera a corte de: | |
|---|---|---|---|

## III. INFORMACIÓN BANCARIA

| Tipo de Cuenta | | Entidad Financiera | Sucursal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| Corriente | Ahorros | | | |
| | x | Davivienda | Armenia | 3146414633 |

## IV. REFERENCIAS COMERCIALES

| Nombre | Teléfono | Dirección | Ciudad |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☒

**Tipo de transacciones**

| Importaciones | Exportaciones | Inversiones | Préstamos | Pago de servicios | Transferencias | Otros |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

¿Cual?

**Productos financieros en moneda extranjera**

Powered by CamScanner

| Tipo de producto | No. de producto | Titular | Moneda | Ciudad | Agencia | Moneda |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

## VII. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

**Declaro expresamente que:**

1. Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA y
2. Con base en la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales, autorizo expresamente a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, a quien represento los derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos, y relacionados con la gestión de relaciones comerciales, consulte, informe, reporte, procese y divulgue toda la información y el comportamiento como cliente en general. El que hoy revela mi información personal y de mis negocios en caso de ser requerido por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
3. Se consultado en las bases de datos que administre nuestro o cualquier de nuestros centros de servicios o financiación del terrorismo.
4. Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones y no riesgo, dentro del ejercicio normal de actividades lícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, tráfico de armas, explotación sexual, tráfico de adolescentes o delitos contra el orden constitucional y que de alguna manera contravenga las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Su interés de obligar con la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, y manifiesta su voluntad libremente y exento de vicio que los operaciones ejecutas del afiliados en su conocimiento y comportamiento como relacionado para el suministrando, reportar, suministrar y almacenamiento de cualquier forma de dinero o otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en todas las listas.

La E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA queda facultada de manera unilateral e inmediata al presente contrato, cuando el cliente, el funcionario, el contratista o proveedor llegaren a ser:

1. Vinculados por parte de las autoridades competentes y nacionales con ocasión de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, tráfico de armas, explotación sexual, tráfico de adolescentes y delitos contra el orden constitucional.
2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial o relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suministro de este documento, sabiendo que la falsedad total o parcial de cualquiera de la información suministrada a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA por parte del suministro de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier régimo sancionatorio, administrativo o de autoridades competentes frente en contra de la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA. Por lo con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA y a los terceros que esta lo indique.

2. Los recursos que podrán provenir de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
3. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
4. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
5. De manera irrevocable autorizo a la ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar o reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
6. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
7. Exonero a la ESE HOSPITAL MENTAL DE ITAGÜÍ, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

## VII. DECLARACIONES ADICIONALES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | Si | | No X |
| 2. | ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la lista Clinton? | Si | | No X |
| 3. | ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la lista Clinton? | Si | | No X |

## VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

Huella

## DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

| Nombre de la persona que lo diligencia | Tipo de documento | | | | | | Número de identificación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC | | CE | | PAS | | |
| **Lugar de expedición** | **Firma** | | | | | | |

Powered by CamScanner

ARMENIA QUINDÍO, 01 DE AGOSTO DE 2026

DOCTOR
**JUAN CARLOS PATIÑO ZAMBRANO**
**GERENTE E.S.E HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA**

**ASUNTO:** PROPUESTA ECONÓMICA

YO **PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO** IDENTIFICADA CON CÉDULA **41.944.989** OFREZCO MIS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PEDAGOGA SOCIAL EN EL PROGRAMA DE HOSPITAL DIA DE LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDÍA.

EL VALOR DE LA PROPUESTA ES DE TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($3.150.000) MENSUALES

GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA

**FIRMA**
**PAULA ANDREA OROZCO RESTREPO**
**CC 41.944.989**

Powered by CamScanner