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
Solano	Crespo	Kelly Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1038866102	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 02 AÑO 2004	CARRERA 27 5 3 Barrio Villa Ximena 2 Etapa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	QUINDÍO
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	ARMENIA		
MUNICIPIO	ENVIGADO	TELÉFONO	6067339517	EMAIL	kmarcela.s.c@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2020

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	8	X		PSICOLOGIA	11	2024	296540

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
Unidad nacional para la Gestión del Riesgos de Desastres	EDUCACIÓN INFORMAL	5	X		Simposio de Salud Mental y apoyo psicosocial en Emergencia y Desastres	05	2025
Corporación Latinoamerica de Educación Virtual	EDUCACIÓN INFORMAL	140	X		Diplomado en Pimeros Auxilios Psicologicos	05	2025
Corporación Internacional Lideres Latinoamerica	EDUCACIÓN INFORMAL	140	X		Psicología Clinica para el abordaje de la salud mental	07	2025
Cruz Roja Colombiana	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		Voluntaria de la agrupación de Socorrismo	09	2025
Ideas Medicas Avanzadas en Salud	EDUCACIÓN INFORMAL	70	X		Inclusión en atención diferencial	10	2025

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*
ESPAÑOL			X			X			X
LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DE QUINDIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
QUINDÍO	ARMENIA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	19	*Mes*	06	*Año*	2026
67417700												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	SECRETARIA DE FAMILIA	CALLE 13 19 21 Armenia, Quindío

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EXTINTORES ALMAR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3175252010	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA TALENTO HUMANO	*DEPENDENCIA* "TALENTO HUMANO"						*DIRECCIÓN* CALLE 24 17 32					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD -COMFENALCO QUINDIO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 606731400	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRACTICA PSICOLOGIA ORGANIZACI	*DEPENDENCIA* AREA GESTION HUMANA						*DIRECCIÓN* CALLE 16 15 22 Centro. Armenia, Quindío					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COORPORACIÓN UNIVERSITARIA EMPRESARIAL ALEXANDER VON HUMBOLDT			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142408768	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	14	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRACTICA PSICOLOGICA CLINICA	*DEPENDENCIA* AREA CLINICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 1 189 Centro. Armenia, Quindío					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI_ NO X 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 Armenia, Quindío 17/09/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-09-16 12:07

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KELLY	MARCELA	SOLANO	CRESPO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1038866102

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	ENVIGADO

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	QUINDÍO	ARMENIA

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	HOSPITAL MENTAL FILANDIA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	QUINDÍO	FILANDIA

Dirección	["Calle 8 No. 7-55"]
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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 [ ] No [X]

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 [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.038.866.102

SOLANO CRESPO

APELLIDOS

KELLY MARCELA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-2004

ENVIGADO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

02-MAR-2022 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

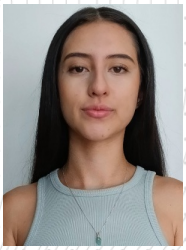
ALEXANDER VEGA ROCHA

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 296540

Fecha de expedición: 10/03/2025

KELLY MARCELA SOLANO CRESPO

Cédula de Ciudadania
1038866102

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141214787049

(415)7707212489984(8020) 000014121478704 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 8 8 6 6 1 0 2	9	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOLANO	CRESPO	KELLY	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal: CENTRAL MINORISTA DE ARMENIA G9 Y G16

42. Correo electrónico: MSOLANOKz1824@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 5 2 6 5 6 1	3 1 8 3 9 4 2 0 0 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 6 9 2	2 0 2 5 0 4 0 1	4 7 1 9	2 0 2 3 1 0 2 5		4 7 5 9	4 7 5 5		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 SOLANO CRESPO KELLY MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141214787049

(415)7707212489984(8020) **000014121478704 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1038866102	9	Impuestos y Aduanas de Armenia	1

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	09	
72. Número		
73. Fecha	20231025	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	03	
76. Fecha de registro	20231025	
77. No. Matrícula mercantil	00002746 68	
78. Departamento	63	
79. Ciudad/Municipio	001	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	100 %
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	100.0 %
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141214787049

(415)7707212489984(8020) **000014121478704 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1038866102	9	Impuestos y Aduanas de Armenia	1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 02	Comercio al por menor de artículos y utensilios de uso doméstico en establ 4755

162. Nombre del establecimiento: VARIEDADES Y ALGO MAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Quindío 63	Armenia 001

165. Dirección: CENTRAL MINORISTA DE ARMENIA G9 Y G16

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0000027469	20231025
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3208526561	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f6dc3e8c-9b6f-4a33-a7af-eacce08a7044

Nombres y apellidos / Full name: **KELLY MARCELA SOLANO CRESPO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1038866102**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **22/02/2004**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	23	02	2005		no registra	ARMENIA RED SALUD CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	ANGELICA
Sarampión Rubéola	Adicional	17	07	2010		012N8020	ARMENIA RED SALUD CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	ANGELA
TD Adulto	Cuarta	23	12	2019		22500217C	ARMENIA RED SALUD CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	NO REGISTRA
COVID PFIZER	Primera	02	09	2021	PFIZER	FE3593	ARMENIA RED SALUD VACUNACION EXTRAMURAL	LAURA BEATRIZ DIAZ MOLINA
COVID PFIZER	Segunda	03	11	2021	PFIZER	FJ1966	ARMENIA RED SALUD VACUNACION EXTRAMURAL	LAURA CATERINE TOBON SANABRIA
Triple Viral Particular	Primera	22	12	2023		A69CF527A	CENTRO DE VACUNACION COMFENALCO QUINDIO	E
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	22	12	2023		23GHBV008	CENTRO DE VACUNACION COMFENALCO QUINDIO	ESTEFANIA SOLANO GOMEZ
Influenza Adultos Particular	Anual	22	12	2023		F18	CENTRO DE VACUNACION COMFENALCO QUINDIO	ESTEFANIA SOLANO GOMEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	22	01	2024		23GHBV008 NEXTPHARMA	CENTRO DE VACUNACION COMFENALCO QUINDIO	GISSELA FRANCO BUITRAGO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	14	10	2025		24GHBV018	CENTRO DE VACUNACION COMFENALCO QUINDIO	ESTEFANIA SOLANO GOMEZ
TD Adulto	Quinta	16	09	2026	Serum	2335L013D	ARMENIA RED SALUD CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	LILIANA MARIA POSADA LEZCANO - CC42797964 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	09	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	ARMENIA RED SALUD CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	LILIANA MARIA POSADA LEZCANO - CC42797964 - ACTIVO

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

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

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

KELLY MARCELA SOLANO CRESPO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1038866102, 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_X___ ¿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__Indique fecha de retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°). NO X__ Indique fecha de

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__.

¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI X__ retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

16. ¿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)

17. ¿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).

18. ¿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).

19. ¿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: KELLY MARCELA SOLANO CRESPO
C.C. 1038866102

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	
16	9	2026	Cliente		Contratista	X	EPS		Proveedor		Vinculación	X
día	mes	año	Colaborador		Junta Directiva		Otro				Actualización	

Ciudad | Regional | Zonal

I. INFORMACION GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
SOLANO	CRESPO	KELLY	MARCELA	CC X CE TI PAS CD	1,038,866,102

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día / mes / año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	Dirección
ARMENIA	2 / 3 / 2022	ENVIGADO	22 / 2 / 2004	BARRIO VILLA XIMENA MZ 5 C 3

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
6067339517	3208526561	ARMENIA	QUINDIO	PSICÓLOGA	8699

Responda sí o no a las siguientes preguntas

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

PERSONA JURÍDICA

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 (CC / CE / PAS / CD)	N° Identificación

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?	

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 $
$ -	$ -	
Ingresos mensuales $	**Egresos mensuales $**	**Otros ingresos $**
$ 2,000,000.00	$ 1,800,000.00	

Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:	28 DE JULIO 2026

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta: Corriente	Tipo de Cuenta: Ahorros	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
	x	BANCO POPULAR	ARMENIA	6017434646

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
Edwin Solano	3106021617	Barrio San Jose calle 21#26-13	Armenia

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí [ ] No [x]

Tipo de transacciones

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

¿Cual?

Productos financieros en moneda extranjera

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

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA a:
1.Con base en la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales, autorizo expresamente a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, o a quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y seguimiento de la gestión de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general, Al igual que revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.
Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u 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 base de datos.

   La E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, el funcionario, el contratista o proveedor llegaren a ser:
1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el origen 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 condenado 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 clausula.
El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA Por o 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 FILANDIA y a los terceros que este le indique.

2. Los recursos que poseo provienen 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 FILANDIA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y 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. Eximimos a LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, 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 inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No	x	
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias 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

ARMENIA QUINDÍO, 17 SEPTIEMBRE 2026

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

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA

YO **KELLY MARCELA SOLANO CRESPO** IDENTIFICADA CON CÉDULA 1038866102 OFREZCO MIS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA REALIZAR ACCIONES ENCAMINADAS AL DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC DEPARTAMENTAL EN SALUD MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO.

EL VALOR DE LA PROPUESTA ES DE TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($3.700.000) MENSUALES

GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA



FIRMA
NOMBRE: KELLY MARCELA SOLANO CRESPO
CC: 1038866102