FORMATO COMPLETO

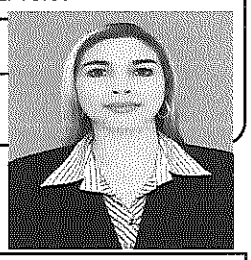
Libertad y Orden

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
ARANGO	MOLINA	PIEDAD

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 40768167	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 09 AÑO 1966

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 30A 3 53 BARRIO EL CUNDUY

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ

MUNICIPIO FLORENCIA

TELÉFONO 3102846368 EMAIL piedadarangomolina@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°	11°	MES	07	AÑO	2009

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		PSICOLOGIA	05	2017	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN PEDAGOGIA EN SOLUCION DE CONFLICTOS	05	2017	

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 COMPLETO

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
FUNDACION PESES	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	02	2026

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAQUETÁ	MUNICIPIO: FLORENCIA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	11	Mes	03	Año	2026	Día	09	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA-PSICOLOGO	DEPENDENCIA: APS						DIRECCIÓN: AVENIDA 4 1 1					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAQUETÁ	MUNICIPIO: FLORENCIA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6084344614	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	03	Año	2025	Día	31	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PSICOLOGA APS	DEPENDENCIA: ADMINISTRATIVO						DIRECCIÓN: AVENIDA CIRCUNVALAR CALLE 4 BARRIO MALVINAS					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAIS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 4 1 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CAQUETA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	05	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISORA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 15 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 'CONSORCIO PAPSIVI CAQUETA 2018		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* EQUIPOS PAPSIVI					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 11 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 'CONSORCIO PAPSIVI CAQUETA 2018		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	05	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* EQUIPOS PAPSIVI					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 4 1 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA FORMACION Y PROYECCION DE TALENTO HUMANO INFORPH		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE	*DEPENDENCIA* AREA DOCENTE					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 20						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CAQUETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 13 5 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 4 1 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORENCIA - CAQUETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	09	*Año*	2011	*Día*	25	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* COMISARIA DE FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 13 5					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORENCIA - CAQUETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	05	*Mes*	11	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGIA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 1 5					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORENCIA - CAQUETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	05	*Mes*	11	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA FAMILIAS EN ACCIO	*DEPENDENCIA* OFICINA FAMILIAS EN ACCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 15 1					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SU SALUD LTDA I.P.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2008	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA IPS	*DEPENDENCIA* AREA DE COORDINACION						*DIRECCIÓN* CALLE 1 1 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2001	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA	*DEPENDENCIA* PAB						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 4 1 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO - FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	1998	*Día*	25	*Mes*	06	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPISTA DEL LENGUAJE-PSICOLO	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 4 1 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORENCIA - CAQUETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	1998	*Día*	25	*Mes*	06	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUDCOOP			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8758718	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	1997	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	1997
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CRA 7 # 16*48					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES - EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ		*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4352613		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	1996	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	1996
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* AREA SALUD					*DIRECCIÓN* BARRIO EL PRADO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPLER LTDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ		*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	1991	*Día*	13	*Mes*	02	*Año*	1994
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPIA DE LENGUAJE		*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 100 23 19					

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	14	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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 FLORENCIA CAQUETA, OCTUBRE 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	2026-10-20 13:26

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PIEDAD		ARANGO	MOLINA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANÍA	Número	40768167

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CAQUETÁ	Municipio	FLORENCIA

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	ALCALDIA DE FLORENCIA - CAQUETA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CAQUETÁ	Municipio	FLORENCIA

Dirección	["Carrera 12 Calle 15 esquina"]
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	$43.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	$12.000.000,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$55.200.000,00

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	$10.000.000,00

.s bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA DE HABITACION BARRIO ALAMOS	COLOMBIA	CAQUETÁ	FLORENCIA	$180.000.000,00
AUTOMOVIL PLACA IEK085	COLOMBIA	CAQUETÁ	FLORENCIA	$70.000.000,00
AUTOMOVIL PLACA GQQ298	COLOMBIA	CAQUETÁ	FLORENCIA	$40.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
LIBRE INVERSION	$2.000.000,00

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

.igo 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 ıta 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.768.167**

ARANGO MOLINA

APELLIDOS

PIEDAD

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-SEP-1966**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-AGO-1985 FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4400100-00208140-F-0040768167-20100107 0019732569A 1 30925526

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141253728400

(415)7707212489984(8020) 000014125372840 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 7 6 8 1 6 7	3	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 7 6 8 1 6 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARANGO	MOLINA	PIEDAD	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 3 A BIS 12 04 BRR VERSALLES

42. Correo electrónico: piedadarangomolina@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 1 2 1 1 3 0	8 6 9 2	2 0 0 4 0 1 0 1				2 3 1 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	5	4	9	5	2																					

- 5 - Impto. renta y compl. régimen ordinar
- 49 - No responsable de IVA
- 52 - Facturador electrónico

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-26 / 09:06:50AM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 08-10-2026 04:09:38PM

Colegio Colombiano
de Psicólogos
www.colpsic.org.co

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090

Registro N° 127860

PIEDAD ARANGO MOLINA

c.c. 40.768.167

La presente Tarjeta Profesional de Psicólogo se expide en consonancia con lo dispuesto por los Artículos 6° y 12° de la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 y es requisito para ejercer la profesión de psicólogo en la República de Colombia

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **40768167** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 127860 expedida el 25/04/12, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 8 de octubre de 2026.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

vVpzsXQV23i6EvU9PQ1X
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

TRIBUNALES
DEONTOLÓGICOS
Y BIOÉTICOS DE
PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **PIEDAD ARANGO MOLINA**, con documento de identificación N° **40768167**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 8 de octubre de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

apNDiLD4Dw0cTQKcP+lF
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 3254 de 14/03/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997. Ley 1164 de 2007. Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y.

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ARANGO MOLINA PIEDAD Identificado(a) con CC número 40768167 expedida en FLORENCIA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIV.NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA "UNAD" el dia 30/03/2012 y registrado en el libro 15 Folio 2 año 2012.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a ARANGO MOLINA PIEDAD identificado(a) con CC número 40768167 expedida en FLORENCIA para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 14/03/2016

Isabel Cristina Arrundaga P.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)
ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a)
CC. #
Firma

Revisó: Daniel Ortiz B
Elaboró: Yolanda Sánchez

MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DEL CAQUETA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

REGISTRO No. PRO876

Nombre: PIEDAD ARANGO MOLINA
C.C. 40768167 **Diploma No.** *

Universidad: FUNDACION EDUCATIVA ESTUDIOS SUPERIORES BOC
Florencia 07/02/2002

LA DIRECCION DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL
DE SALUD DEL CAQUETA
HACE CONSTAR

QUE : PIEDAD ARANGO MOLINA
Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer la profesión de
TERAPIA DEL LENGUAJE

Director

FIRMA

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304500816

PIB
14:59:42

Bogotá DC, 08 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PIEDAD ARANGO MOLINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40768167:

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.

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 jueves 08 de octubre de 2026, a las 14:59:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40768167
Código de Verificación	40768167261008145920

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:07:00 PM horas del 08/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1020844841**

Apellidos y Nombres: **JARAMILLO HERNANDEZ VALENTINA**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/10/2026 02:58:56 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40768167** y Nombre: **PIEDAD ARANGO MOLINA.**

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. **149249629** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 16:08:20 horas del 08/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40768167,** Apellidos y Nombres **ARANGO MOLINA PIEDAD**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO**, con NIT **828000386-1** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 40768167 **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 08/10/2026 04:09 PM

Código Verificación: **QVRHGN4TAL**

Válida hasta: **08/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Piedad Arango Molina

C.C. No. 40768167 de Florencia

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

Psicólogo

Registro M.E.N. 3274

Dado en Bogotá, D.C., el día 30 del mes de Marzo de 20 12

Rector

Decano Escuela

Acta de Grado N° 6 Fecha 30 - 03 - 2012 Registro de Diploma N° 54496, Libro 15, Folio 2

Secretario General

60194

Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 6

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 30 de Marzo de 2012 en la ciudad de Florencia y presidida por el Doctor Edilberto Silva Fierro, Director del CEAD, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGO

REGISTRO ICFES - M.E.N 3274

A:

PIEDAD ARANGO MOLINA

Identificada con Cédula de ciudadanía No. 40766167 de Florencia, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL QUE AFECTAN LA CONVIVENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CIUDADELA SIGLO XXI MUNICIPIO DE FLORENCIA.

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Marzo de 2012 .

Anotado en el libro de actas No.1
Registro de Diploma No. 54496 Libro 15 Folio 2

Decano Escuela

Secretaria General

República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

La Fundación Educativa de Estudios Superiores

Personería Jurídica No. 11110 del 13 de Julio de 1983.....

por Resolución de Aprobación No. 2214 del 5 de Diciembre de 1985 y por Resolución de Renovación de Aprobación No. 002373 de Octubre 18 de 1990 de la Honorable Junta Directiva del ICFES, confiere a:

Piedad Arango Molina

Cédula de Ciudadanía No. 40.768.167 Florencia (Caq.)

El Grado de Tecnólogo en

TERAPIA DEL LENGUAJE

por haber cumplido con todos los requisitos académicos y legales, que le acredita para ejercer la Profesión.

En testimonio de ello expide, firma y sella el presente Diploma en la ciudad de Bogotá, a los 29 días del mes de Junio de 1991

Rector

Secretaria General

Decana Area de la Salud

Directora Terapia del Lenguaje

Reconocerse el presente título para el ejercicio legal de la profesión.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

Secretaría de Educación

Gladys Lara Villate

Registrado

Folio 154 Libro 34

9 de marzo de 1994

LA FUNDACION EDUCATIVA DE ESTUDIOS SUPERIORES

PERSONERIA JURIDICA 11.110 DEL 13 DE JULIO DE 1983

RESOLUCION DE APROBACION 2214 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1985 DE
LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DEL ICFES

ACTA DE GRADO NUMERO 279 Libro Número 4 Folio Número 55

LA FUNDACION EDUCATIVA DE ESTUDIOS SUPERIORES CONSIDERANDO QUE:

PIEDAD ARANGO MOLINA

C.C. No. 40.768.167 FLORENCIA -CAQ-

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

TECNOLOGO EN

TERAPIA DEL LENGUAJE

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION EDUCATIVA DE ESTUDIOS SUPERIORES Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR, PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION EN CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE.

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO.

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS VEINTINUEVE (29) DIAS DEL MES DE JUNIO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO (1.991).

RESOLUCION RENOVACION DE APROBACION # 002373 DE OCTUBRE 18 DE 1.990.

FDO. RECTOR

FDO. SECRETARIO GENERAL

FDO. DECANO AREA DE LA SALUD

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO TECNICO DE BACHILLERATO COMERCIAL SAGRADOS CORAZONES

FLORENCIA - CAQUETA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 01295 DEL 1o. DE FEBRERO DE 1980

CONFIERE A

Piedad Arango Molina

IDENTIFICADO CON T. I. No. 60701-07616 DE Florencia Caquetá

EL TITULO DE

BACHILLER COMERCIAL

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

RECTORIA

SECRETARIO

DADO EN Florencia A 16 DE Diciembre DE 19 85

ANOTADO AL FOLIO 76-3 LIBRO DE REGISTRO No 5

SECRETARIO DE EDUCACION

No 145165

EN Florencia A 27 DE Enero DE 19 86

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES
Creada mediante Decreto 0159 del 17 de diciembre de 2003
Educación Preescolar, Básica Primaria, Secundaria y
Media Académica y Técnica
Florencia – Caquetá

ICFES: 019208
DANE: 183001001580

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En Florencia, Caquetá a los 15 días del mes de diciembre de 1984 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria del **INSTITUTO TÉCNICO DE BACHILLERATO COMERCIAL SAGRADOS CORAZONES**, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional, autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER EN LA MODALIDAD COMERCIAL**, según Resolución No 01295 del 1° de febrero de1980.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER COMERCIAL**, a la graduada cuyo nombres apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación.

PIEDAD ARANGO MOLINA
Tarjeta de Identidad 660901-07616 de Florencia, Caquetá

Es fiel copia tomada del Acta original general No 04 del 15 de diciembre de1984, que consta de 25 estudiantes graduadas, comienza con el nombre de Acuna Vencelidad Floralba, se cierra con el nombre de Silva Vargas Trinidad. Firmada y sellada por Hna Deyanira Villa (Rectora) y Noralba Peña de Almario (Secretaria)

En constancia se firma la presente por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento a lo acordado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.

Florencia, Caquetá, 31 de julio de 2009

INSTITUCION EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES RECTORIA

HNA MARIELA MENDEZ SILVA
C.C. No 41.486.980 de Bogotá
Rectora

INSTITUCION EDUCATIVA SAGRADOS CORAZONES SECRETARIA

MARIA RUBELIA SERNA DE DUARTE
C.C. 25.115.846 de Salamina Caldas
Secretaria



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A

Piedad Arango Molina

C.C. 40768167 de Florencia

EL TÍTULO DE

Especialista en Pedagogía en Solución de Conflictos

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 19 DÍAS DEL MES MAYO DE 2017

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Libro de Registro No. 11
Acta de Grado No. 323
Folio No. 125
Registro Diploma No. 104818

04818

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO
REGISTRO PROFESIONAL No. 28137

CERTIFICA QUE:

PIEDAD ARANGO MOLINA
C.C. No. 40768167 DE FLORENCIA

MEDIANTE ACTA No. 323 LIBRO 23 FOLIO 125 DEL 19 DE MAYO DE 2017 RECIBIÓ EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN PEDAGOGÍA EN SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

DESPUÉS DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADÉMICO Y DEMÁS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 28137 DEL DÍA 19 DE MAYO DE 2017.

PIEDAD RODRIGUEZ RAMIREZ
DIRECTORA REGISTRO Y CONTROL
Email: Piedad.Rodriguez@umb.edu.co

11820

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR

Que, **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.768.167, suscribió con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO el contrato de prestación de servicios que se describe a continuación:

No. **CPS 223 DEL 06 DE MARZO DE 2026**

OBJETO: EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) DE UN EQUIPO BASICO DE SALUD (EBS) AREA URBANA DE LA E.S.E HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Participar en la elaboración del cronograma de actividades a ejecutar, incluyendo el territorio y microterritorio asignado.
2. Apoyar y participar en el mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y primer contacto con las comunidades de cada microterritorio asignado para la operatividad del EBS.
3. Asesorar permanentemente, verificar y realizar la precrítica del diligenciamiento efectuado por los auxiliares del EBS de los instrumentos de familiograma, APGAR familiar, escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y Ecomapa, aplicados en las nuevas caracterizaciones realizadas durante la operación del EBS.
4. Liderar, conjuntamente con los demás perfiles del equipo, la formulación y/o actualización de los planes integrales del cuidado primario individual, familiar y comunitario, concertados con la coordinación de la estrategia, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud por curso de vida y con los diferentes sectores, de acuerdo con las metas y cronogramas de operación.
5. Apoyar al Equipo Básico de Salud en la atención de la demanda inducida y la prestación de servicios de salud, incluyendo promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con las necesidades en salud mental y las prioridades de salud pública identificadas, realizando la respectiva canalización a las modalidades de atención que correspondan.
6. Identificar posibles riesgos relacionados con los determinantes sociales de los territorios y canalizarlos, de acuerdo con la oferta de servicios de los diferentes sectores, efectuando seguimiento a la efectividad de la derivación.

Dirección: Av. Circunvalar Calle 4 B/ Las Malvinas. Florencia.
Contactos: 315 348 5358 PBX: 608 436 6837
Página web: www.hospitalmalvinas.gov.co
Correo: ventanillaunica@hospitalmalvinas.gov.co

7. Brindar educación en salud, teniendo en cuenta los temas mundiales de educación según la OPS, incluyendo jornadas de sensibilización sobre enfermedades huérfanas y raras y la implementación de estrategias de alertas comunitarias para la sospecha temprana de pacientes, con un mínimo de 15 personas por capacitación.
8. Informar y orientar a las familias del territorio sobre el portafolio de servicios de salud de la E.S.E. y de otros sectores, de acuerdo con sus necesidades.
9. Elaborar correcta y completamente la historia clínica de los pacientes asignados, correspondientes a las personas identificadas durante las caracterizaciones que tengan intervenciones pendientes, registrando en el software institucional todos los ítems requeridos, de acuerdo con las normas aplicables y garantizando el adecuado manejo del usuario y contraseña asignados.
10. Participar en las reuniones del Equipo Básico de Salud destinadas al seguimiento, capacitación y asesoría del trabajo realizado en los territorios y microterritorios, para garantizar el cumplimiento de las metas de la estrategia de APS establecidas en el plan de trabajo.
11. Realizar atenciones psicosociales a los usuarios identificados en el territorio que requieran intervención, derivando cada caso de acuerdo con las necesidades encontradas y garantizando su respectivo seguimiento.
12. Participar en las jornadas de salud y espacios de participación social y popular de los microterritorios abordados por el equipo, incluyendo la concertación y coordinación con presidentes de juntas de acción comunal y líderes comunitarios para el adecuado desarrollo de las intervenciones, así como el envío oportuno de los RIPS.
13. Reportar al jefe de enfermería las acciones adelantadas con poblaciones con enfoque diferencial, incluyendo territorios/microterritorios, número de personas atendidas, atenciones realizadas —colectivas e individuales— y necesidades identificadas en salud.
14. Apoyar las actividades intramurales necesarias en el marco de la operación, orientadas al cumplimiento de los indicadores de productividad institucional.
15. Presentar un informe final consolidado de APS por Equipo Básico de Salud, que incluya las actividades realizadas en los territorios y microterritorios durante el periodo contractual, el abordaje realizado, análisis de las variables de las fichas de caracterización familiar y planes de cuidado primario, efectividad de la canalización, indicadores de productividad y actividades intersectoriales.
16. Devolver en perfecto estado el chaleco y carné de misión médica entregados por la institución, una vez finalizado el periodo contractual.
17. Articular con el Ente Territorial las actividades encaminadas al componente de salud mental
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas, siempre que sean acordes con la naturaleza del objeto contractual y la misión de la E.S.E.

PLAZO: EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ CONTADO DEL 11 DE MARZO AL 09 DE JUNIO DE 2026, EN

Dirección: Av. Circunvalar Calle 4 B/ Las Malvinas. Florencia
Contactos: 315 348 5358 PBX: 608 436 6837
Página web: www.hospitalmalvinas.gov.co
Correo: ventanillaunica@hospitalmalvinas.gov.co

TODO CASO SIN EXCEDER LOS TREINTA Y UN (31) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2026, LA EJECUCIÓN SERÁ CONTADA A PARTIR DEL DE LA APROBACIÓN DE LAS PÓLIZAS Y LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO

FECHA DE INICIO: 11 DE MARZO DE 2026

FECHA DE TERMINACIÓN: 09 DE JUNIO DE 2026

VALOR DEL CONTRATO: (18.000.000) M/CTE.

ESTADO DEL CONTRATO: TERMINADO.

La presente certificación de expide el 03 de septiembre de 2026 a solicitud del interesado.

PILAR VICTORIA SANZA LLANOS
Profesional Universitario Contratación

Elaboro: CVRA, Abogada Contratista.

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR

Que **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificado(a) con cédula de ciudadania No. 40.768.167 de Florencia, suscribió con la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO** el Contrato de Prestación de Servicios que se describen a continuación:

No. Contrato	Objeto	Plazo de ejecución
CPS 155	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO DE UN EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS) DE LA E.S.E HOSPITAL MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO, EN EL AREA URBANA, EN CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO TÉCNICO – OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO FORTALECIMIENTO DE LA APS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SEPTIEMBRE 2024, EN FORMA INDEPENDIENTE AUTÓNOMA, BAJO SU PROPIA CUENTA Y RIESGO, SUMINISTRANDO SU EXPERIENCIA PROFESIONAL A LA ESE HOSPITAL MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO.	Desde el 01 de marzo hasta el 31 de mayo de 2025
Actividades ejecutadas		
1. Presentar cronograma de actividades a ejecutar incluyendo territorio y microterritorio asignado. 2. Apoyar al resto del equipo básico de Salud en la realización de actualización del mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. 3. Asesorar permanentemente, verificar y realizar la precritica del diligenciamiento por parte de los auxiliares del EBS de los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa. 4. Realizar la Identificación de las condiciones de salud mental de los miembros de las 356 familias y los hogares caracterizados, haciendo uso del a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa distribuidos de la siguiente manera 119 mensuales. 5. Liderar en concurrencia con el resto de los perfiles del equipo la formulación actualización y concertación de 356 planes integrales del cuidado primario individual, familiar y comunitario distribuidos de la siguiente manera 119 mensuales con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud por curso de vida y los diferentes sectores. 6. Apoyar con el resto del equipo básico de salud, la demanda inducida y la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades en salud mental y las prioridades en salud que ocasionen un alto impacto en salud pública identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario y/o complementario). 7. Brindar educación grupal para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de si mismo, de los demás y de su entorno. 8. Informar a las 356 familias sobre el portafolio de servicios de salud y la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades de la salud identificadas distribuidos de la siguiente manera 119 mensuales. 9. Participar en las reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación y asesoria al trabajo realizado en los territorios y microterritorios para el cumplimiento de las metas de la estrategia de APS, establecidas en el plan de trabajo.10. Elaborar y enviar los RIPS de las actividades realizadas a las personas identificadas durante las caracterizaciones y que requieran atención psicosocial al correo aps@hospitalmalvinas.gov.co. 11. Elaborar correcta y completamente la historia clinica de los pacientes asignados que requieran atención psicosocial, registrar en el software		

institucional todos los ítems sin omisión alguna, teniendo en cuenta las normas establecidas en la resolución 1995 de 1999 (historias clínicas) y dar manejo adecuado al usuario y contraseña asignada. PARÁGRAFO: El incumplimiento a esta obligación será causal de terminación unilateral del contrato por parte del contratante. 12. realizar atenciones psicosociales de usuarios pertenecientes a la EAPB Nueva EPS régimen subsidiado identificados en la operación del EBS en el territorio. 13. Participar en las jornadas de salud y espacios de participación social y popular por cada uno de los microterritorios abordados por el equipo, incluye concertación y coordinación con los presidentes de las juntas de acción comunal y líderes comunitarios para el adecuado desarrollo de las intervenciones y posterior envío de los RIPS al correo electrónico que aps@hospitalmalvinas.gov.co (dentro de los tres días hábiles siguiente de la jornada). 14. Verificar la correcta digitalización del 100% de los instrumentos de salud mental que sean diligenciados de forma manual en el aplicativo SURVEY y aplicativo de caracterización Asmet salud. 15. Presentar un informe final consolidando todas las actividades realizadas por el EBS en el territorio y microterritorios durante el periodo contractual. 16. Hacer devolución en perfecto estado del chaleco y carné de misión médica entregados por la institución. 17. Articular con el Ente territorial las actividades encaminadas al componente de salud mental. 18. Las demás Actividades que le sean asignadas y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual y misión de la ESE.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a), a los dos (02) días del mes de julio de 2025.

PILAR VICTORIA SANZA LLANOS
Profesional Universitario Contratación

Proyectó: Cindy Johanna Marin Chaves – Abogada Contratista

E.S.E HOSPITAL MALVINAS
HECTOR OROZCO OROZCO
Nit: 828000386-1

Florencia, 30 de Diciembre de 2024

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que, la señora ***PIEDAD ARANGO MOLINA*** *identificad@ con la cédula de ciudadanía No. 40.768.167, desarrollo actividades profesionales como psicólogo de un equipo básico de salud (EBS) De La E.S.E Hospital Malvinas Héctor Orozco Orozco, en cumplimiento del lineamiento "fortalecimiento de la gestión territorial en APS" de enero de 2024 del ministerio de salud y protección social, en forma independiente autónoma, bajo su propia cuenta y riesgo, suministrando su experiencia profesional a la ESE Hospital Malvinas Héctor Orozco Orozco por medio de Órdenes de Prestación de Servicios, conforme al siguiente detalle:*

OPS	*VALOR CONTRATO*	*FECHA DE INICIO*	*FECHA FINAL*
213	*$ 19.200.000.00*	*01-04-2024*	*31-07-2024*
527	*$ 3.040.000.00*	*14-08-2024*	*01-09-2024*
604	*$ 20.060.000.00*	*03-09-2024*	*31-12-2024*

La presente constancia se expide con destino a Hoja de Vida.

MARITZA FANDIÑO DIAZ

Proyectó: Maritza Fandiño Diaz. Oficina Talento Humano

SS-91- 070

Florencia, 30 de enero de 2024

LA SUBSECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL

HACE CONSTAR

Que, PIEDAD ARANGO MOLINA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.768.167 de Florencia Caquetá, presto sus servicios en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

CONTRATO No: 202200000340 del 28/01/2022

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO: **Prestar los servicios profesionales para realizar el apoyo a la supervisión en secretaria de salud departamental, desde el componente técnico, del proyecto denominado "IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS, ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD A LA POBLACIÓN VÍCTIMA Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ".**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Construir instrumentos de seguimiento y monitoreo para apoyar la supervisión del desarrollo de los componentes PAPSIVI y RBC, frente a la gestión documental y los procesos de atención Psicosocial a través de la verificación presencial de la correcta adherencia a los lineamientos naciones por parte de los equipos multidisciplinarios.
2. Elaborar cronograma de seguimiento mensual y sus respectivas actualizaciones de acuerdo a necesidad, según los momentos de la implementación del COMPONENTE PAPSIVI: Alistamiento y Análisis de Contexto; Focalización y priorización; Acercamiento y reconocimiento; Atención.
3. Elaborar cronograma de seguimiento mensual y sus respectivas actualizaciones de acuerdo a necesidad, según los momentos de la implementación del COMPONETE RBC (desde el enfoque de la atención psicosocial): Alistamiento y articulación con la institucionalidad; La focalización y contacto; Análisis de contexto; Atención psicosocial.
4. Realizar seguimiento y monitoreo al correcto desarrollo metodológico de los componentes PAPSIVI Y RBC (desde el enfoque de la atención psicosocial): en los municipios de San Vicente del Caguán, Cartagena del Chaira, El Doncello, El Paujil, Solita, Florencia y Belén de los Andaquies (presencial excepto situación fortuita debidamente notificada a supervisor contractual).
5. Estructuración de respuestas, requerimientos, tramites a las solicitudes, consultas o reclamaciones formuladas por el contratista, las particulares, las autoridades o el departamento en relación con la ejecución del proyecto, especialmente en relación al componente PAPSIVI.

6. Apoyar la proyección de informes técnicos de avance de ejecución del proyecto IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS, ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD A LA POBLACIÓN VICTIMA Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETA, desde el componente PAPSIVI.
7. Participar de las mesas técnicas de trabajo para el seguimiento a la ejecución del proyecto objeto de supervisión.
8. Apoyar la verificación de la gestión documental garantizando la calidad y autenticidad de los datos reportados por el equipo coordinador frente al registro de la información (fichas y formatos) resultante del proceso de atención en los componentes PAPSIVI Y RBC (FICHA PAP 010; FICHA PAP 011; FICHA PAP 012; FICHA PAP 013; FICHA PAP 020; FICHA PAP 021; FICHA PAP 030; Formato Apgar familiar; Formato Zarit; Ecomapa; Genograma).
9. Realizar seguimiento a las canalizaciones requeridas en el marco de la ejecución del proyecto "IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS, ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD A LA POBLACIÓN VÍCTIMA Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETÁ" (componente PAPSIVI), en articulación con representantes de Comités Municipales de Discapacidad, coordinadores de Mesas de Participación Efectiva de Víctimas del conflicto armado (según aplique).
10. Monitorear las jornadas de Cuidado Emocional que se desarrollen en el marco del proyecto "IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS, ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD A LA POBLACIÓN VÍCTIMA Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETA", con la periodicidad, duración, metodología y contenido estipulado en los lineamientos vigentes del MSPS.
11. Estructuración de respuestas, requerimientos, tramites a las solicitudes, consultas o reclamaciones formuladas por el contratista, las particulares, las autoridades o el departamento en relación con la ejecución del proyecto, especialmente en relación al componente PAPSIVI.
12. Apoyar la revisión de los informes de ejecución presentados por el ejecutor del proyecto objeto de supervisión.

PLAZO INICIAL:	06/07/2022
SUSPENDIO N°1	31/08/2022
SUSPENDIO N°2	30/09/2022
REINICIO	01/11/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	05/09/2023

ESTADO DEL CONTRATO: LIQUIDADO

VALOR DEL EJECUTADO DEL CONTRATO: CINCUENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($57.600.000) moneda legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

YOVANA MARCELA PEÑA ROJAS
Subsecretaria

Reviso: Adriana O.C

CONSORCIO PAPSIVI CAQUETA 2018
NIT: 901.152.982-8

RL-P-118

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO PAPSIVI CAQUETA 2018

CERTIFICA:

Que la Profesional **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificada con cédula de ciudadanía No **40.768.167** de Florencia Caquetá, prestó sus servicios al Consorcio Papsivi Caquetá 2018, como Profesional Psicosocial (Psicólogo) en el municipio de **Florencia Caquetá**; mediante contrato de Prestación de Servicios No. **028**, desde el **22 de mayo de 2018** hasta el **22 de agosto de 2018**, con renocavion de Contrato No. **128** del **23 de agosto de 2018** hasta el **31 de diciembre de 2018**, en el proyecto de **"IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS, ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR A LA POBLACION VICTIMA CON DISCAPACIDAD, DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETA"**.

Tiempo durante el cual desempeño las siguientes funciones:

1. Verificar la inclusión de las víctimas del conflicto armado en el Registro Único de Víctimas (RUV).
2. Elaborar el Plan de atención psicosocial teniendo en cuenta el principio de interseccionalidad
3. Concertar los planes de atención psicosocial con las víctimas del conflicto armado, de acuerdo a la identificación de las afectaciones psicosociales.
4. Brindar la atención psicosocial en el marco de las orientaciones metodológicas propuestas por el MSPS. Para ello, deberá tener en cuenta las metodologías diseñadas para el año 2017 en las diferentes modalidades.
5. Realizar seguimiento al plan de atención psicosocial formulado y concertado con las víctimas del conflicto armado.

6. Evaluar el proceso de atención psicosocial con participación de las victimas del conflicto armado.
7. Apoyar los procesos de atención psicosocial en el territorio asignado.
8. Remitir cuando sea necesario, a la ruta de atención integral en salud en el marco del Papsivi (Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia) y otras entidades del SNARIV.
9. Aplicar el marco legal, técnico y metodológico que sustenta el Papsivi.
10. Realizar el cargue de los reportes de la gestión y la atención psicosocial en el aplicativo diseñado por el MSPS.
11. Participar en las reuniones convocadas por el Equipo Coordinador.
12. Participar en las acciones que integran la Estrategia Complementaria (formación, cuidado emocional y acompañamiento técnico de su Asesor/a Psicosocial).
13. Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura diseñada por el MSPS.
14. Tener disponibilidad para apoyar la atención psicosocial en cualquiera de sus modalidades.
15. Mantener la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial.
16. Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la implementación del Programa.

Para Constancia se expide a solicitud de la interesada, en Florencia Caquetá a los diecisiete (17) días del mes de septiembre de 2019.

MARTHA PATRICIA QUIROGA SALAS
REPRESENTANTE LEGAL

CONSORCIO PAPSIVI CAQUETA 2018
NIT: 901.152.982-8

RL-P-119

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO PAPSIVI CAQUETA 2018

CERTIFICA:

Que la Profesional **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificada con cédula de ciudadanía No **40.768.167** de Florencia Caquetá, prestó sus servicios al Consorcio Papsivi Caquetá 2018, como Profesional Psicosocial (Psicólogo) en el municipio de **Florencia Caquetá**; mediante contrato de Prestación de Servicios No. **220**, desde el **02 de Enero de 2019** hasta el **30 de Junio de 2019**, con renocavion de Contrato con Otrosí No. **01** desde el **01 de Julio de 2019** hasta el **31 de Agosto de 2019**, en el proyecto de **"IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS, ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR A LA POBLACION VICTIMA CON DISCAPACIDAD, DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETA"**.

Tiempo durante el cual desempeño las siguientes funciones:

1. Verificar la inclusión de las víctimas del conflicto armado en el Registro Único de Victimas (RUV).
2. Elaborar el Plan de atención psicosocial teniendo en cuenta el principio de interseccionalidad.
3. Concertar los planes de atención psicosocial con las victimas del conflicto armado, de acuerdo a la identificación de las afectaciones psicosociales.
4. Brindar la atención psicosocial en el marco de las orientaciones metodológicas propuestas por el MSPS, teniendo en cuenta las metodologías diseñadas.
5. Realizar seguimiento al plan de atención psicosocial formulado y concertado con las victimas del conflicto armado.
6. Evaluar el proceso de atención psicosocial con participación de las víctimas del conflicto armado.
7. Apoyar los procesos de atención psicosocial en el territorio asignado.
8. Remitir cuando sea necesario, a la ruta de atención integral en salud en el marco del Papsivi (Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque

Psicosocial para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia) y otras entidades del SNARIV.

9. Realizar el cargue semanal de los reportes de la gestión y la atención psicosocial en el aplicativo diseñado por el MSPS.
10. Presentar un informe ejecutivo de gestión mensual en medio físico y magnético de cumplimiento de metas, productos, indicadores y resultados
11. Elaborar el cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones y de acciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos y el alcance de las metas de cobertura del Papsivi.
12. Realizar un estudio de caso periódico, el cual permita fortalecer el conocimiento del equipo en relación con la forma de abordar diferentes hechos victimizantes en la Atención Psicosocial.
13. Realizar el seguimiento a la remisión y contra remisión de personas víctimas en la implementación de la ruta territorial para la atención integral en salud, de seguridad e interinstitucional del SNARIV.
14. Diligenciar de manera apropiada y entregar oportunamente las fichas PAP.
15. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones, convocatorias y/o comités y demás requeridos durante la ejecución del objeto contractual.
16. Participar en las reuniones convocadas por el Equipo Coordinador.
17. Participar en las acciones que integran la Estrategia Complementaria (formación, cuidado emocional y acompañamiento técnico de su Asesor/a Psicosocial).
18. Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura diseñada por el MSPS.
19. Tener disponibilidad para apoyar la atención psicosocial en cualquiera de sus modalidades.
20. Entregar en medio físico los documentos y demás soportes del servicio, al final de cada ciclo de atención conforme a los lineamientos y plazos establecidos por el CONTRATANTE.
21. Mantener la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial.
22. Las demás que se deriven en el marco de la implementación del Programa

Para Constancia se expide a solicitud de la interesada, en Florencia Caquetá a los diecisiete (17) dias del mes de septiembre de 2019.

MARTHA PATRICIA QUIROGA SALAS
REPRESENTANTE LEGAL

Nit. Consorcio: 901.152.982-8
Carrera 13 No. 11-32 San Francisco
Celular: 3222173839
Email: consorciopapsivi2018@gmail.com
Florencia - Caquetá

UNIÓN TEMPORAL VICTIMAS

Bogotá 15 de Marzo de 2021

LA SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE
UNION TEMPORAL VICTIMAS
NIT: 901402166-8

CERTIFICA QUE:

PIEDAD ARANGO MOLINA identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA N° 40768167** trabajó en la entidad con un contrato de prestación de servicios en el cargo **Profesional Psicosocial** del Departamento de **CAQUETA** en el Municipio **FLORENCIA** en el **CONVENIO 473** suscrito en la **UNION TEMPORAL VICTIMAS Y EL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL.**

Desde el **07/09/2020** hasta el **30/12/2020** por un valor mensual de **$ 4.249.000**

Con las siguientes Funciones y obligaciones contractuales:

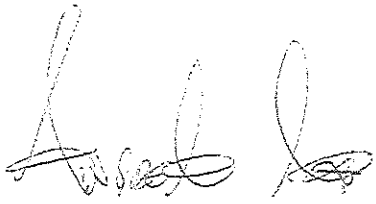
Objeto: Apoyar y hacer seguimiento a la implementación del componente de Atención Psicosocial del PAPSIVI, de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Obligaciones:

1. Participar en los escenarios de coordinación, monitoreo y seguimiento programados por la Secretaría Departamental de Salud, por el equipo coordinador y por otros referentes de estrategias implementadaspor el Ministerio de Salud y Protección Social y/o por la entidad territorial para la atención a víctimas, para la implementación de los dos componentes del PAPSIVI y la medida de rehabilitación, en los territorios donde haya lugar.
2. Articular y liderar el proceso de focalización del equipo de atención, con las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entidades del Sistema de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV) a nivel departamental, distrital o municipal, y las Mesas de Participación Efectiva de Víctimas, para el alcance y seguimiento de las metas de cobertura del PAPSIVI. Esto incluye la focalización de Población Víctima en el Registro Único de Víctimas (RUV) y reconocidas en sentencias y fallos judiciales.
3. Apoyar la programación y el seguimiento a las acciones que garanticen el cumplimiento de los objetivosy el alcance de las metas de cobertura del PAPSIVI.
4. Brindar formación, acompañamiento y asistencia técnica a los equipos de atención, garantizando que la implementación del PAPSIVI corresponda con los lineamientos conceptuales y metodológicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Apoyar la programación y desarrollo de las actividades del eje de formación a los equipos atención, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Apoyar la programación y desarrollo de las actividades del eje de cuidado emocional, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Programar y desarrollar las acciones descritas en el eje de seguimiento técnico, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Desarrollar las acciones de articulación, coordinación, monitoreo y seguimiento con las Secretarías Departamentales de Salud para la implementación del PAPSIVI y para el fortalecimiento de la capacidad institucional.

9. Apoyar el desarrollo de escenarios de socialización, articulación, monitorey seguimiento con las Mesas de Participación Efectiva de Víctimas, de acuerdo con los lineamientos entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Apoyar el desarrollo de las acciones de articulación, seguimiento y monitoreo del PAPSIVI conforme a los escenarios de establecidos en el marco de la Ley 1448 de 2011 y lo dispuesto por el Sistema de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SNARIV).
11. Apoyar la elaboración de manera consistente, coherente, descriptiva y analítica de los documentos solicitados en el marco del desarrollo del Programa [Documento: Plan operativo, análisis de contexto, y consolidado técnico del proceso de implementación del PAPSIVI].
12. Consolidar y analizar la información entregada por los equipos para la presentación de informes y documentos solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Entregar oportunamente la información necesaria para los espacios de coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social.
14. Presentar un (1) informe mensual que dé cuenta del cumplimiento de las obligaciones contractuales.
15. Garantizar y dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
16. Garantizar y dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de bioseguridad y medidas preventivas de protección personal en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
17. Apoyar en el territorio las acciones de coordinación y articulación para la prevención y control sanitarioque se definan para responder a la emergencia sanitaria. [Cuando Aplique].
18. Apoyar las acciones del plan de contingencia que expida el territorio para responder a la emergencia sanitaria por Coronavirus (COVID-19). [Cuando Aplique].
19. Realizar acompañamiento y seguimiento técnico a los equipos psicosociales en el manejo de la emergencia sanitaria. [Cuando Aplique].
20. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial y de atención integral en salud.
21. Participar en las reuniones que se programen para la coordinación y seguimiento al PAPSIVI, con las Secretarias Departamentales de Salud y/o el Ministerio de Salud y Protección Social.
22. Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la implementación del PAPSIVI y el desarrollo del Convenio.

La presente certificación se expide por solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno 2021.



ANDREA ARISTIZABAL RODRIGUEZ

REPRESENTANTE LEGAL UT VICTIMAS

NIT 901402166-8

INSTITUTO PARA LA FORMACIÓN Y PROYECCIÓN DE TALENTO HUMANO

I N F O R P H

CODIGO DANE 318001003768

NIT 17639941- 1

CALLE 4 Nº 5C-20 BARRIO BERLIN

CEL: 313 415 7065-310 483 4816

Aprobado por la Secretaria de Educación Municipal de Florencia

Según Resolución Nº **0055 del 02 de Febrero de 2015**

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL INSTITUTO INFORPH

CERTIFICA:

Que, PIEDAD ARANGO MOLINA, Identificada con Cedula de Ciudadanía Nº 40.768.167 Expedida en Florencia Caquetá, laboro en este Instituto de Educación para jóvenes y adultos, según lo establecido en el Decreto único 1075 del 26 de Mayo de 2015, Capitulo 5 sección 3 y el Decreto 1290 del 2009, como Docente de horas cátedras, orientando en la Educación Básica y Media, el área de **ESPAÑOL, ETICA Y FILOSOFIA,** en jornada sabatina, durante el año lectivo **2018** desde enero 27 al 15 de Diciembre.

La presente constancia se expide a petición verbal para la parte interesada.

Dada en Florencia Caquetá, a los **14 días del mes** de Julio del 2020

YECID PARRA RAMOS
C.C 17.639.941 de Florencia
Rep Legal.

SS-91- 068

Florencia, 26 de Enero de 2017

EL SUBSECRETARIO DE SALUD
DEPARTAMENTAL

HACE CONSTAR:

Que, Arango Molina Piedad , identificado con Cédula de Ciudadanía No.40.768.167, prestó sus servicios en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

CONTRATO No:	206 Del 26/04/2016
TIPO DE CONTRATO:	SERVICIOS PROFESIONALES
OBJETO:	Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios Profesionales en la Dimensión de Convivencia Social y Salud mental para realizar acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias de Promoción de la salud mental y la combivencia a nivel Departamental en la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS.

1. Elaboración del plan de acción y cronograma del periodo del contrato, de acuerdo al componente Promoción de la salud mental y la convivencia.
2. Realizar ajustes, seguimiento y evaluación periódica al cumplimiento del plan de acción y cronograma de actividades ejecutadas en cumplimiento de las obligaciones contractuales concertado con el supervisor contractual.
3. Elaborar Diagnóstico del componente Promoción de la salud mental y la convivencia conforme lo descrito en el objeto contractual.
4. Realizar Informe mensual de la gestión en medio físico y magnético del cumplimiento de metas, productos, indicadores y resultados del componente Promoción de la salud mental y la convivencia
5. Elaboración de Caja de Herramientas del componente Promoción de la salud mental y la convivencia, conforme lo descrito en el objeto contractual, que contenga 1-Normatividad, Internacional, Nacional, Departamental; 2-Lineamientos técnicos y administrativos, 3-Instrumentos de Cooperación, Asistencia Técnica, Capacitación, acompañamiento, Evaluación, adoptar y adaptar al territorio; 4- Guías, protocolos, procedimientos, estrategias.

6. Apoyar en la realizacion de ajustes que llegase a requerir el ProyectoMejoramiento de la Capacidad de Respuesta Institucional en el área de Salud Mental del Departamento de Caquetá.
7. Apoyar a la Secretaria de Salud Departamental en la formulación y ajustes del Plan Territorial de Salud 2016- 2019 a través de la Metodologia PASE en la dimensión correspondiente.
8.Participar en la formulación, monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan de desarrollo "Con usted hacemos más por el Caquetá 2016- 2019" en el componente Promoción de la salud mental y la convivencia
9 Diseñar actividades del componente Promoción de la salud mental y la convivencia para la contratación, seguimiento y evaluación del plan de intervenciones colectivas en salud pública bajo los enfoques del PDSP y Resolución 518 – 2015 con las Empresas Sociales del Estado.
10 Realizar cooperación, asistencia técnica, capacitaciones, acompañamiento en los lineamientos técnicos, guías de atención, normas técnicas, protocolos y estrategias de la dimensión – Componente Promoción de la salud mental y la convivencia a los actores que corresponda.
11 Realizar la Vigilancia en Salud Publica de los eventos que correspondan al componente Promoción de la salud mental y la convivencia.
12 Participación, ejecución, seguimiento a los comités y mesas sectoriales, transectoriales y comunitarios según marco legal aplicable del componente Promoción de la salud mental y la convivencia de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.
13. Participación en reuniones, mesas, comités, video conferencias convocados por las diferentes direcciones de la Secretaria de Salud Departamental, Gobernación y entes de control.
14.Diseñar la Estrategias de Información, Educacion y Comunicación IEC que llegase a desarrollar la Secretaria de Salud Departamental para la Promoción de la salud mental y la convivencia
15. Elaborar el plan de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación según las metas y estrategias del componente Promoción de la salud mental y la convivencia de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.
16. Participar del proceso de formulación, consolidación y gestión del Plan de Desarrollo "Con usted hacemos más por el Caquetá 2016 – 2019".
17 Adoptar las lineas técnicas del componente Promoción de la salud mental y la convivencia para el direccionamiento técnico a los entes territoriales, municipales y actores que intervienen en el sistema
18. Participación y seguimiento a los compromisos de la Articulación, Visitas y participación de los acompañamientos técnicos de entes externos (MSPS, OIM, UNFPHA – OPS – SUPERSALUD - CONTRALORÍA –PROCURADURÍA entre otras).
19. Realizar seguimiento y monitoreo a las actividades del componente Promoción de la salud mental y la convivencia.
20. Elaborar Diagnóstico final del componente Promoción de la salud mental y la convivencia.
21. Suministrar la información que sea recuerida para el cumplimiento de los Autos de la Corte Constitucional.
22. Asistir a inducción, capacitación, seguimiento programado por el Gestor de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental
23. Proyectar las respuestas del componente Promoción de la salud mental y la convivencia frente a los requerimientos y solicitudes de las depencencias de la Gobernación, actores, sectores, particulares y entes de control en relación al objeto contractual

PLAZO: Desde El 127/04/2016 Hasta 30/12/2016

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($32.400.000=) M/CTE

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

JAIME PEREZ SAMACHO
Subsecretario

E.S.E HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS

Nit: 828000365-1

Florencia, 06 de Enero de 2016

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

H A C E C O N S T A R

Que, la profesional ***PIEDAD ARANGO MOLINA,*** *identificada con cédula de ciudadanía No. 40 768.167 de Florencia, tuvo relación contractual de manera independiente y sin subordinación, realizando actividades relacionadas con la coordinación del área de Atención al Usuario, desde el 08 de Febrero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2015, por medio de órdenes de Prestación de Servicios, conforme al siguiente detalle:*

OPS	VALOR CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL
047	$13.200.000.00	08-02-2011	08-08-2011
104	$11.000.000.00	09-08/2011	30-12-2011
027	$16.277.800.00	19-01-2012	18-08-2012
110	$9.400.000.00	21-08-2012	20-12-2012
048	6.000.000.00	16-01-2013	31-03-2013
099	7.200.000.00	01-04-2013	30-06-2013
222	7.200.000.00	02-07-2013	30-09-2013
432	6.960.000.00	04-10-2013	31-12-2013
084	13.200.000.00	16-01-2014	30-06-2014
245	7.200.000.00	01-07-2014	30-09-2014
316	7.200.000.00	01-10-2014	31-12-2014
109	6.107.000.00	19-01-2015	31-03-2015
166	7.530.000.00	01-04-2015	30-06-2015
264	15.060.000.00	01-07-2015	31-12-2015

La presente constancia se expide con destino a Hoja de Vida.

FANNY AMPARO LOAIZA RAMIREZ

Proyectó: Elena Beltrán, Oficina Recurso Humano

E.S.E HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS

NIT 828000308-1

Florencia, 16 de Noviembre de 2012

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - DEL HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS

H A C E C O N S T A R

Que, PIEDAD ARANGO MOLINA, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.768.167 de Florencia, desarrolló actividades como Coordinadora del Plan de Atención Básica PAB, en el Hospital Comunal las Malvinas desde el 1 de Agosto de 2001 hasta el 31 de Diciembre de 2006.

Y su vinculación con la entidad fue mediante las siguientes órdenes de prestación de servicios:

No. 248 del 1 de Agosto al 31 de Octubre de 2001
No. 153 del 1 de Noviembre al 11 de Diciembre de 2001.
No. 066 del 28 de enero al 28 de Febrero de 2002.
No. 124 del 1 al 31 de Marzo de 2002.
No. 057 del 15 al 31 de Enero de 2003.
No. 069 del 1 al 28 de Febrero de 2003.
No. 168 del 1 de Marzo al 30 de Junio de 2003.
No. 287 del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2003.
No. 033 del 15 de Enero al 14 de Febrero de 2004.
No. 117 del 1 al 31 de Marzo de 2004.
No. 112 del 1 al 30 de Abril de 2004.
No. 253 del 15 de Junio al 14 de Septiembre de 2004
No. 332 del 15 de Septiembre al 14 de Octubre de 2004.
No. 451 del 15 de Octubre al 31 de Diciembre de 2004
No. 079 del 1 de Febrero al 30 de Junio de 2005.
No. 067 del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2005.
No. 042 del 1 de Enero al 30 de Junio de 2006.
No. 104 del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2006.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

FANNY AMPARO LOAIZA RAMIREZ

Elaboró: Elena Bolaños, Oficinal Recursos Humanos

Dirección: Avenida Circunvalar Cra. 1
Conmutador 4358160 Extensión
Florencia Caquetá

Su Salud

* Medicina General
* Terapia de Lenguaje
* Promoción y Prevención

CERTIFICACION LABORAL

Que la Doctora **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificada con Cédula de Ciudadanía número 40.768.167 expedida en la ciudad de Florencia Caquetá, Laboró en esta Empresa desde Enero 2008 hasta Diciembre del 2009 desempeñándose como Coordinadora I.P.S. SU SALUD.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, en la ciudad de Florencia - Caquetá a los Trece días del mes de Enero del año 2016.

AUGUSTO EDUARDO GONZALEZ TORRES
C.C 70.051.730 DE MEDELLIN
Médico – cirujano

SU SALUD LTDA. I.P.S.
NIT 820 001 [illegible]-2
FLORENCIA

Alcaldía de Florencia
Secretaría Administrativa

Florencia,

LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA

HACE CONSTAR:

Que la señora PIEDAD ARANGO MOLINA identificada con la cedula de ciudadanía No.40.768.197 expedida en Florencia-Caquetá, presto sus servicios al Municipio de Florencia como contratista, según contrato que a continuación se relaciona:

- Contrato de Servicios No. 20100010 del 15 de Enero de 2.010 para la "Prestación de servicios profesionales para coordinar y ejecutar actividades de asistencia, asesoría y seguimiento al Programa Familias en Acción en el Municipio de Florencia", por el termino de seis (06) meses, por valor de quince millones cuatrocientos ocho mil pesos mcte. ($15.408.000=).
- Contrato de Servicios No. 20100146 del 04 de Agosto de 2.010 para la "Prestación de servicios profesionales para ejecutar actividades de coordinación y seguimiento al Programa Familias en Acción en el Municipio de Florencia", por el termino de tres (03) meses, por valor de siete millones setecientos cuatro mil pesos mcte. ($7.704.000=).
- Contrato de Servicios No. 20100181 del 05 de Noviembre de 2.010 para la "Prestación de servicios profesionales para ejecutar actividades de coordinación y seguimiento al Programa Familias en Acción en el Municipio de Florencia", por el termino de un (01) mes y veinticinco (25) días, por valor de cinco millones ciento treinta y seis mil pesos mcte. ($5.136.000=).

La presente se expide a solicitud de la interesada.

CECILIA ESCOBAR CUELLAR

Nota: Información tomada de los expedientes que reposan en esta oficina

Revisó: Dra. Gloria Patricia Cortes Pedraza
Doctor Elvira B. Trujillo Cuellar

Unidos por Florencia

Alcaldía de Florencia
Secretaría Administrativa

S.A.J.14

Florencia,

RAD.01723 07/02/2011
RAD. INT. 0262

Señora
PIEDAD ARANGO MOLINA
C.C. 40.768.167
Ciudad

REF.: Oficio de fecha 07 de Febrero de 2.011

En atención al comunicado de la referencia, me permito remitir certificación de los siguientes contratos de servicio celebrados con el Municipio de Florencia y su representada:

1. Contrato de prestación de servicio No. 20100010 del 15/01/2010
2. Contrato de prestación de servicio No. 20100146 del 04/08/2010
3. Contrato de prestación de servicio No. 20100181 del 05/11/2010

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

CECILIA ESCOBAR CUELLAR
Secretaria Administrativa

Copia: Archivo Central

Anexo: Un (01) Folio

Unidos por la Florencia

Comisaría de Familia 001

LA SUSCRITA COMISARIA DE FAMILIA

HACE CONSTAR

Que el estudiante **PIEDAD ARANGO MOLINA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 40.768.167 expedida en Florencia, realizo su práctica profesional en esta Dependencia, realizando labores de atención en psicología, seguimientos socio familiares y manejo del procedimiento de restablecimiento de derechos durante el periodo comprendido entre el diecinueve (19) de septiembre hasta el veinticinco (25) de noviembre de 2011, destacándose por su responsabilidad, dedicación, puntualidad y compromiso con la entidad.

La anterior constancia se expide a solicitud de la parte interesada, a los seis (06) días del mes de diciembre de dos mil once (2.011).

LUISA YANETH HINCAPIE VARGAS
Comisaria de Familia

ALCALDIA MUNICIPAL DE FLORENCIA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
AREA DE BIENESTAR SOCIAL Y TALENTO HUMANO
NIT. 800.095.728-2

EL COORDINADOR DEL AREA DE BIENESTAR SOCIAL
Y TALENTO HUMANO

HACE CONTAR

Que la Doctora PIEDAD ARANGO MOLINA, identificada con la cédula de ciudadanía No 40.768.167 de Florencia, prestó sus servicios al Municipio de Florencia como Terapista de Lenguaje así:

Según orden de prestación de servicios No 0227 del 15 de septiembre de 1998, por el término de tres (3) meses y dieciséis (16) días, a partir del 15 de septiembre de 1998.

Según contrato de prestación de servicios No 0029 del 4 de febrero de 1999, por el término de cinco (5) meses contados a partir del 4 de febrero de 1999.

Dada en Florencia, Departamento del Caquetá, a los (2) días del mes de marzo del 2000.

TIMOLEON JACOBO AGUIRRE GAMARRA
Coordinador Area de Bienestar Social y Talento Humano

/Martha

"PARTICIPACION, CONCERTACION Y TRANSPARENCIA"

SaludCoop
Entidad Promotora de Salud O.C.

LA JEFE DE UNIDAD DE NEGOCIACION DE SERVICIOS MEDICOS

HACE CONSTAR:

Que la Doctora PIEDAD ARANGO MOLINA identificada con cedula de ciudadania numero 30.768.167 de Florencia presto sus servicios de Terapeuta del Lenguaje en la Unidad de Neiva desde febrero mayo de 1997 como profesional adscrita.

Dada en Neiva a los veintitres (23) dias del mes de julio de mil novecientos noventa y siete (1997).

ELENA LILIANA REYES R.

HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO

CERTIFICA QUE :

Que la Doctora, PIEDAD ARANGO MOLINA, identificada con cédula de ciudadanía No.40'768.167 de Florencia, laboró en ésta institución como Terapista de Lenguaje, desempeñando sus funciones en el Equipo Extramural, según Orden de Trabajo No.05 de mayo 16 del presente año, a partir del 16 de mayo de 1998 hasta el 25 de Junio de 1998, devengando un sueldo de $.Mcte.781.625.

Florencia, Departamento del Caquetá, a los 06 días del mes de Julio de 1998.

MARIO CARBALLO
Coordinador Administrativo
Hospital Comunal las Malvinas E.S.E.

IPLER LTDA
NIT. 860045913-3

0407.30

EL SUSCRITO GERENTE ADMINISTRATIVO DE IPLER LTDA.

HACE CONSTAR

Que PIEDAD ARANGO MOLINA, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.768.167 de Florencia (Caquetá), fue empleada de la Empresa IPLER LTDA.; así: desde el 1 de diciembre de 1991 hasta el 13 de febrero de 1994, ocupó el cargo de Técnonologa en Terapia del Lenguaje con una dedicación de Tiempo Completo y un contrato individual de trabajo a término indefinido, su retiro de la empresa fue voluntario según carta de enero 12 de 1994.

Dada en Santafé de Bogotá, D.C., el 25 de julio de 1997 a petición de la interesada.

Cordialmente,

WILSON VARGAS BARAHONA
Gerente Administrativo.

Calle 100 N°. 23 -19 - Tels.: 6163414 y 2563245 - Fax: 2186830
Transversal 29 A N°. 39 - 40 - Tels.: 3424400 y 2882965 - Santafé de Bogotá, D.C., Colombia

FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
Para su bienestar

CERTIFICA QUE:

PIEDAD ARANGO MOLINA

C.C. 40.768.167 DE FLORENCIA - CAQUETA

Participó del seminario taller en **ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad de 45 horas, desarrollado el día 06 al 10 del mes de febrero del año 2026.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

piedad arango molina

C.C 40.768.167

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 20 de octubre 2026

Código: 761296218000

Florencia Caquetá,_____de Octubre de 2026

Señores
CONTRATACIÓN
Ciudad

ASUNTO: **CERTIFICADO DE CURSO VIRTUAL DE LENGUAJE CLARO (DNP)**

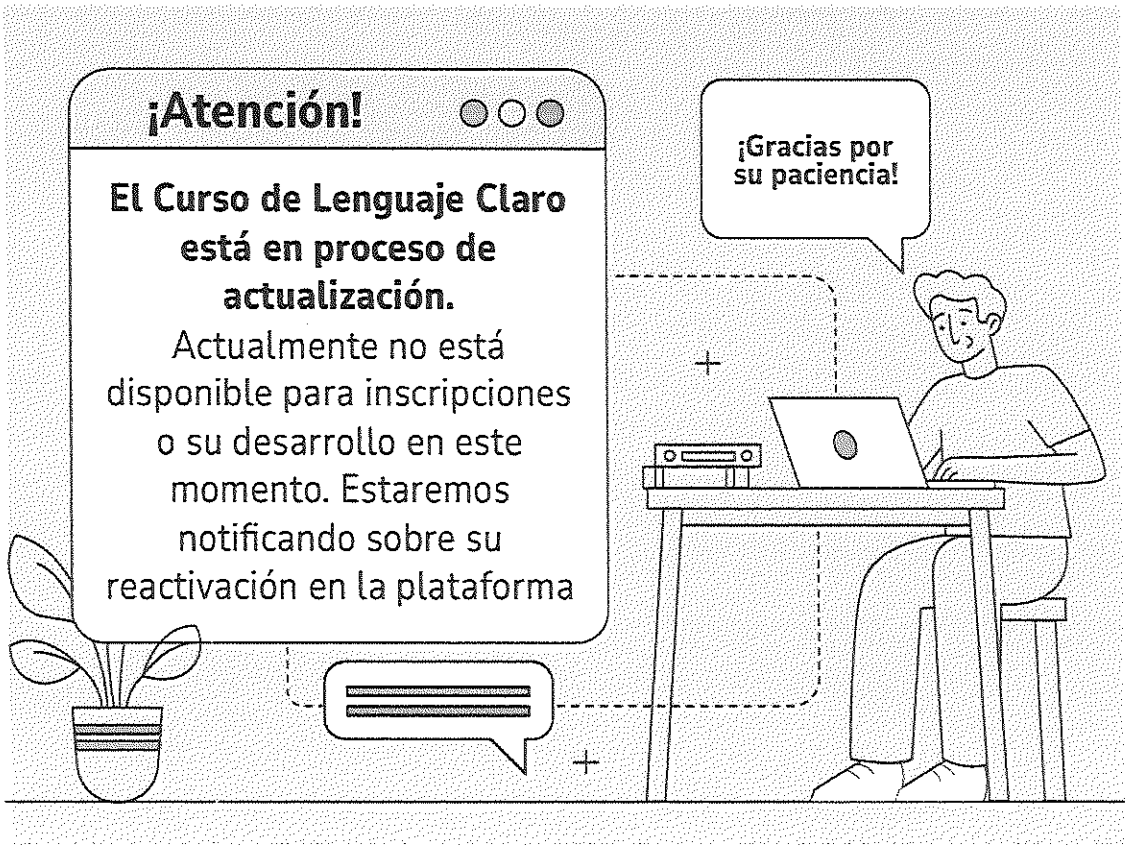
Cordial saludo,

Yo, **PIEDAD ARANGO MOLINA,** identificada con Cedula de Ciudadanía número 40.768.167 de Florencia, por medio de este documento me dirijo a ustedes respetuosamente con el fin de comprometerme con ustedes para sacar el **CERTIFICADO DE CURSO VIRTUAL DE LENGUAJE CLARO (DNP)** durante el periodo, ya que la pagina no está habilitada en el momento para hacer el cuso.

Agradezco la atención prestada y quedando atento de su pronta y positiva respuesta

Atentamente,

PIEDAD ARANGO MOLINA
C.C. 40.768.167 de Florencia



Para conocer la oferta de formación y los cursos disponibles que tiene el DNP en este momento, ingrese a la Escuela Virtual en el siguiente enlace:

Ir a la Escuela Virtual del DNP

27°C Mar

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú Salud

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre
Cedula de Ciudadania	40768167	PIEDAD

Primer Apellido	Confirme los números de la Imagen *
ARANGO	5905

Cambiar

2585

Validar Resultados ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-08--4:19:35 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	40768167	PIEDAD		ARANGO	MOLINA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PIEDAD ARANGO MOLINA identificado(a) con CC 40768167 registra la siguiente información:

2026-10-08--4:19:35 PM

Información Académica

Tipo Formación	Programa Académico	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Vigencia	Título Homologado	Entidad que otorgó el título
UNV	Local	PSICOLOGIA	2016-03-14	3254	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

GOV.CO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Codigo Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Terminos y condiciones

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 Piedad Arango Molina, identificado(a) con CC número 40768167, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40768167
NOMBRES Y APELLIDOS	Piedad Arango Molina
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	01/09/1966
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	38 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40768167 Trabajador Independiente Desde 01/07/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 40768167 PIEDAD ARANGO MOLINA Desde 01/02/2026 Hasta 30/06/2026CEDULA DE CIUDADANIA 40768167 PIEDAD ARANGO MOLINA Desde 01/07/2025 Hasta 31/01/2026

Generado por interfaces 08/10/2026

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 **PIEDAD ARANGO MOLINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40768167,** se encuentra afiliado/a desde **26/05/1989** 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 08 de octubre 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.

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso

Fecha: 27/Feb/2026, **Hora:** 11:36:09 a.m.		**HC:** # 62522	**Edad:** 59 años
Apellido: ARANGO MOLINA		**Nombre:** PIEDAD	
Tipo Doc: CC	**Nro Identidad:** 40768167	**Sexo:** Femenino ♀	**Rh:** O-
Direccion: B/ CUNDUY			**Nacim:** 01/Sep/1966
Estado Civil: Casado	**EPS:** SANITAS	**ARL:** POSITIVA	**AFP:** COLPENSIONES
Estatura: 167 Cm	**Peso:** 64 Kg	**IMC:** 22.9	
Empresa: HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO			
CC: 8026	**Direccion:**		
Telefono:	**Celular:**	**Email:**	
Cargo: PSICOLOGA		**Ciudad:** .:: No Aplica ::.	
IPS que Atendio: . Ciudad de Atención:			

Examenes Realizados

☑ Examen Medico Ocupacional Basico ☑ Osteomuscular

Recomendaciones Empresa

Uso de Elementos de Proteccion Personal, Ejercicio Regular, Estilo De Vida Saludable, Osteomusculares: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas., Visual: Educación en higiene visual, Uso de protección visual según tipo de exposición,adecuada iluminación del puesto de trabajo, pausas visuales..

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Ejercicio Regular

Medicas

* Visual: Educación en higiene visual, Uso de protección visual según tipo de exposición,adecuada iluminación del puesto de trabajo, pausas visuales.

Laborales

* Uso de Elementos de Proteccion Personal
* Estilo De Vida Saludable
* Osteomusculares: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

Concepto

Sin restricciones con énfasis osteomuscular

Restricciones

Recomendaciones Personalizadas

Implementar ejercicio cardiovascular mínimo 3 veces a la semana se recomienda consumir con regularidad frutas en el desayuno, incluir diariamente verduras y abundante agua o líquidos, en lo posible no consumir bebidas gaseosas, fritos, realizar higiene postural en su lugar de trabajo.

Observaciones

Se realiza encuesta previamente al paciente, valoración médica ocupacional con elementos de bioseguridad, acorde a protocolo de Covid 19 del ministerio de salud. No cursa con ninguna comorbilidad para Covid 19.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud labora, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Jorge Andres Bolivar G.
Med. Especialista en Salud en el Trabajo
Universidad del Rosario
Reg. Med. Esp. 123

Jorge Andres Bolívar Gomez Medico
CC 79597237
Médico Esp. en Medicina del Trabajo
Registro #: Reg. Med. Esp. 123

PIEDAD ARANGO MOLINA
CC 40768167

Huella Digital

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FLORENCIA, **21/10/2026**
CAQUETA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PIEDAD ARANGO MOLINA** con **Cédula de Ciudadanía** número **40768167**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550078100006705**
Fecha de apertura	**13/09/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Alcaldía de Florencia

PAZ Y SALVO*

Señor (a) y/o Persona Jurídica: PIEDAD ARANGO MOLINA

C.C. o Nit: 40.768.167 **Fecha y Lugar de Expedición o DV:** 06/08/1985

Revisadas la base de datos por los siguientes conceptos:

✓	IMPUESTO INDUSTRIA Y COMERCIO
✓	RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DE ICA
✓	IMPUESTO PREDIAL
✓	IMPUESTO TASA GALERIAS
✓	VALORIZACION
✓	MEDIDAS CORRECTIVAS
✓	IMPUESTOS DE MULTAS POR COMPARENDOS DE TRANSITO MUNICIPAL Multa 22-10-26

No registra obligaciones pendientes de pago con nuestra entidad, por los anteriores conceptos. Lo anterior en cumplimiento al Art. 4 de la Ley 716/2001; Art 50 Ley 789/2002; Art. 9 de la Ley 828/2003.

Dado en Florencia a los 22 días del mes OCTUBRE de 2026. Validez: 90 Días.

Jefe de Tributos Municipal
Secretaría de Hacienda

Jaime Eduardo Becerra Correa
SEC. TRANSPORTE Y MOVILIDAD
RENDIA

Secretario de Despacho
Secretaría de Transporte y Movilidad

Proyecto	Nombre Marisol Cedeño C.	Vo Bo
Fiscalizo	Nombre Diana Lozano valencia	Vo Bo

FLORENCIA
destino maravilloso

*La entidad se reserva el derecho a fiscalizar el presente documento en los periodos permitidos por la ley.

Carrera 12 Calle 15 Esquina -Teléfono Conmutador: (+57) 601 794 22 359
E-mail: hacienda@florencia-caqueta.gov.co - www.florencia- caqueta.gov.co
Florencia - Caquetá – Colombia – V2

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos incompletos Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	PIEDAD ARANGO MOLINA
Nombre abreviado	PIEDAD ARANGO MOLINA
Fecha de creación	19/01/2022 (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	40768167
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Caquetá
Municipio	Florencia

Información de contacto

Dirección	CRA 2E No. 31A 21 BARRIO EL CUNDUY
Código postal	
Teléfono de oficina	3102846368
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	piearango@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	piearango@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	PIEDAD ARANGO MOLINA
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3102846368
Fax	
Correo electrónico	piearango@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Editar datos incompletos Editar datos completos

DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN CAUSAL DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR

Yo **PIEDAD ARANGO MOLINA,** con cedula de ciudadanía N°. **40.768.167** de **FLORENCIA** declaro bajo la gravedad del juramento que, SI_NO X me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para celebrar contratos con el Municipio de Florencia.

Que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, las Leyes: 80 de 1993, 136 de 1994, 617 de 2000, 1150 de 2007, 1296 de 2009, 1474 de 2011; Acto legislativo No 02 de 20°15 (por el cual se adopta una reforma de equilibrio de poderes y reajuste constitucional) y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7°, y articulo 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44, numeral 1° de la ley 80.

Bajo la gravedad de juramento doy respuesta a las siguientes preguntas:

1. Tiene algún vínculo de parentesco (consanguinidad, afinidad, o primero civil) con un concejal del Municipio de Florencia? **NO X SI___ Cual? ___**

2. Tiene algún vínculo de parentesco (consanguinidad, afinidad, o primero civil) con el (la) Alcalde (a) del Municipio de Florencia? **NO X SI___ Cual? ___**

3. Tiene algún vínculo de parentesco (consanguinidad, afinidad, o primero civil) con el (la) cónyuge o compañero (a) permanente del Alcalde (a) del Municipio de Florencia?: **NO X SI___ Cual? ___**

4. Es cónyuge o compañero o compañera permanente del servidor público en los niveles directivo, asesor, o Concejo Municipal, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el municipio? **NO X SI___ Cual? ___**

5. Tiene algún vínculo de parentesco (consanguinidad, afinidad, o primero civil) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor o con los miembros del Concejo Municipal, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal en el municipio? **NO X SI___ Cual? ___**

6. Es responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública o de cualquiera de los delitos o faltas contemplados por la Ley 1474, de 2011, y sus normas modificatorias o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia? **NO X SI___ Cual? ___**

7. Financio la campaña a la alcaldía, del actual alcalde de Florencia, Caquetá, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **NO X SI___**

Con la firma del presente documento, manifiesto bajo gravedad de juramento que he dado respuesta con la verdad a cada una de las preguntas realizadas y a las afirmaciones hechas.

Dado en el Municipio de Florencia, en el mes_____, de 2026

Atentamente;

Firma Piedad Arango

Nombre Completo: PIEDAD ARANGO MOLINA

Cedula: 40.768.167 de Florencia

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES - APLICACIÓN DE LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL NO 01 DEL 17/01/2022

Florencia,

Señores:
ALCALDIA MUNICIPAL DE FLORENCIA

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales. Directiva Presidencial No. 01 del 17/01/2022

Yo, PIEDAD ARANGO MOLINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 4.768.167 de FLORENCIA, CAQUETA, me permito informar que actualmente SI_ NO X, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

Que he suscrito (*Número de contratos si aplica*) contratos de prestación de servicios con otras Entidades y cuento con la capacidad e idoneidad suficiente para llevar a cabo la ejecución de dichos contratos y del que llegue a suscribir con el municipio de Florencia.

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, en el mes de _____ de 2026.

Firma: Piedad Arango

Nombre: PIEDAD ARANGO MOLINA
C.C: 40.768.167 de FLORENCIA, CAQUETA
Dirección de Residencia: CARRERA 30A 3 53 BARRIO EL CUNDUY
Teléfono de contacto: 3102846368
Correo electrónico de notificación: piedadarangomolina@gmail.com