

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO** 14/08/2025



**DATOS PERSONALES**

NOMBRE COMPLETO: PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ

TIPO DE IDENTIFICACION: CC\_X\_ CE\_\_ PAS\_\_ NUMERO DE DOCUMENTO 1098732031

EXPEDIDO EN: BUCARAMANGA CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO: BARRANCABERMEJA 23/12/1992

EDAD: 32 ESTADO CIVIL: UNION LIBRE CIUDAD DE RESIDENCIA: BUCARAMANGA

DIRECCION DE RESIDENCIA: CRA 49 # 53-200 EDIFICIO NEMESIS APTO 404 BARRIO ALTOS DE PAN DE AZUCAR

LOCALIDAD BUCARAMANGA TELEFONO FIJO 6952258 CELULAR 3103125330

ESTRATO SOCIOECONOMICO 5

CORREO ELECTRONICO PBARRIOS200412@GMAIL.COM

NACIONALIDAD: COLOMBIANA

GRUPO ETNICO DANE (Raza): Mestizo X Blanco\_\_ Afrocolombiano\_\_ Indígena\_\_ Otros grupos\_\_

PERMISO PARA TRABAJAR EN COLOMBIA: SI X NO\_\_ GENERO: HOMBRE\_\_ MUJER X

RH: O+ CABEZA MADRE O PADRE DE FAMILIA: SI\_\_ NO x No. HIJOS: 2

### COMPOSICIÓN FAMILIAR

Núcleo familiar que vivan con el candidato(a)

| NOMBRE COMPLETO         | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO | EDAD | OCUPACIÓN  |
|-------------------------|---------------------|------------|------|------------|
| ISABELLA BARRIOS FLÓREZ | 20/04/2012          | HIJA       | 13   | ESTUDIANTE |
| TALIANA VASQUEZ BARRIOS | 20/07/2017          | HIJA       | 8    | ESTUDIANTE |

### INFORMACIÓN ACADEMICA

Educación formal: Bachiller, técnico, profesional, especialización, maestría.

Marque con una x el último grado aprobado

#### EDUCACIÓN BASICA Y MEDIA

| PRIMARIA |   |   |   |   | SECUNDARIA |   |   |   | MEDIA |    | FECHA DE GRADO |
|----------|---|---|---|---|------------|---|---|---|-------|----|----------------|
| 1        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6          | 7 | 8 | 9 | 10    | 11 |                |
|          |   |   |   |   |            |   |   |   |       | X  | 26/06/2009     |

#### EDUCACIÓN SUPERIOR

| MODALIDAD ACADEMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | EN CURSO |    | TITULO OBTENIDO                                                               | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |                                                                               | MES         | AÑO  |                            |
| PRESENCIAL          | 10                      |          | X  | PSICOLOGA                                                                     | 12          | 2014 | 148364                     |
| PRESENCIAL          | 2                       |          | X  | ESPECIALISTA EN GERENCIA DE RIESGOS LABORALES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 09          | 2018 |                            |
|                     |                         |          |    |                                                                               |             |      |                            |

#### OTRO ESTUDIOS

*Educación no formal (diplomados, cursos, seminarios)*

| MODALIDAD ACADEMICA | EN CURSO |    | TITULO OBTENIDO                                                                                                              | TERMINACIÓN |      |
|---------------------|----------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
|                     | SI       | NO |                                                                                                                              | MES         | AÑO  |
| PRESENCIAL          |          | X  | CURSO PAQUETE INICIAL MINIMO DE SERVICIOS (PIMS) PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE CRISIS HUMANITARIAS   | 06          | 2023 |
| PRESENCIAL          |          | X  | DIPLOMADO MH GAP SUPERAR BRECHAS DE SALUD MENTAL                                                                             | 08          | 2022 |
| PRESENCIAL          |          | X  | ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO                                                                         | 08          | 2019 |
| PRESENCIAL          |          | X  | PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL NIVEL GERENCIAL                                                                  | 09          | 2013 |
| PRESENCIAL          |          | X  | TECNICAS PARA LOGRAR EL ÉXITO EN UN PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL                                                         | 10          | 2013 |
| PRESENCIAL          |          | X  | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS                                                                                           | 06          | 2013 |
| PRESENCIAL          |          | X  | ESTRATEGIAS GERENCIALES, GERENCIA DE PROYECTOS, GERENCIA PARA EL EMPRENDIMIENTO, GESTION TECNOLOGICA Y GESTION DE RESULTADOS | 05          | 2012 |
| PRESENCIAL          |          | X  | SALUD OCUPACIONAL                                                                                                            | 05          | 2012 |
| PRESENCIAL          |          | X  | HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD                                                                                       | 05          | 2012 |
| PRESENCIAL          |          | X  | COOPERATIVISMO                                                                                                               | 06          | 2012 |

|                                                                                                                                                                  |                         |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|
|  <b>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo</b><br><small>Nit: 830082544-7</small> | <b>HOJA DE VIDA CID</b> | <b>CÓDIGO: FO-GH-01-06-04</b><br><b>FUMD: 27/05/2022</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|

|            |  |   |                                            |    |      |
|------------|--|---|--------------------------------------------|----|------|
| PRESENCIAL |  | X | ASPECTOS<br>TRIBUTARIOS<br>PERSONA NATURAL | 05 | 2010 |
|------------|--|---|--------------------------------------------|----|------|

## EXPERENCIA LABORAL

*Registrar de la más reciente a la más antigua*

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     |         |                            |                              |     |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---------|----------------------------|------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     | PUBLICA | PRIVADA                    | JEFE INMEDIATO               |     |    |     |    |     |      |
| CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     |         | X                          | VANESSA MATEUS               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO/MUNICIPIO              |  |  | CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                              |     |    |     |    |     |      |
| BOGOTA                              |  |  | 3152035041                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |         | CID@CID.ORG.CO             |                              |     |    |     |    |     |      |
| DIRECCIÓN ENTIDAD                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |         | FECHA DE RETIRO            |                              |     |    |     |    |     |      |
| CRA 22 # 143-11                     |  |  | DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 24 | MES | 06      | AÑO                        | 2024                         | DIA | 30 | MES | 05 | AÑO | 2025 |
| CARGO                               |  |  | TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |         | MOTIVO DE RETIRO           |                              |     |    |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL             |  |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |     |         | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO  |                              |     |    |     |    |     |      |
| PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS |  |  | RESPONSABLE DE OFRECER APOYO EMOCIONAL, REALIZAR VALORACIONES PSICOLÓGICAS Y DISEÑAR INTERVENCIONES ADAPTADAS PARA CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE REPARACIÓN EN SALUD DICTADAS POR DISTINTAS SENTENCIAS DE LA CIDH. FOMENTAR AMBIENTES SEGUROS, FACILITAR EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES Y COLABORAR CON EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR INTEGRAL DE LOS BENEFICIARIOS DE LAS MEDIDAS EJECUTADAS POR LA CORPORACIÓN. |    |     |         |                            |                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     |         |                            |                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     | PUBLICA | PRIVADA                    | JEFE INMEDIATO               |     |    |     |    |     |      |
| CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     |         | X                          | LEIDY SUSANA RAMIREZ HERRERA |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO/MUNICIPIO              |  |  | CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                              |     |    |     |    |     |      |
| BOGOTA                              |  |  | 3185863257                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |     |         | CID@CID.ORG.CO             |                              |     |    |     |    |     |      |
| DIRECCIÓN ENTIDAD                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |         | FECHA DE RETIRO            |                              |     |    |     |    |     |      |
| CRA 22 # 143-11                     |  |  | DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 19 | MES | 07      | AÑO                        | 2023                         | DIA | 15 | MES | 02 | AÑO | 2024 |
| CARGO                               |  |  | TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |         | MOTIVO DE RETIRO           |                              |     |    |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL             |  |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |     |         | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO  |                              |     |    |     |    |     |      |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           |                |                                   |                |           |                              |           |            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------|------------------------------|-----------|------------|-------------|
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b>                                  | RESPONSABLE DE OFRECER APOYO EMOCIONAL, REALIZAR VALORACIONES PSICOLÓGICAS Y DISEÑAR INTERVENCIONES ADAPTADAS PARA CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE REPARACIÓN EN SALUD DICTADAS POR DISTINTAS SENTENCIAS DE LA CIDH. FOMENTAR AMBIENTES SEGUROS, FACILITAR EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES Y COLABORAR CON EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR INTEGRAL DE LOS BENEFICIARIOS DE LAS MEDIDAS EJECUTADAS POR LA CORPORACIÓN. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           |                |                                   |                |           |                              |           |            |             |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           |                |                                   |                |           |                              |           |            |             |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           | <b>PUBLICA</b> |                                   | <b>PRIVADA</b> |           | <b>JEFE INMEDIATO</b>        |           |            |             |
| <u>FUNDACION SINERGIA Y SOCIEDAD CONVENIO 1324-2022</u><br><u>UARIV-OIM</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           |                |                                   | X              |           | <u>CAROLINA GARCIA</u>       |           |            |             |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |            |           |                | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> |                |           |                              |           |            |             |
| <u>CHIA CUNDINAMARCA</u>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 3142971257                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |            |           |                | sinergias.fundacion@gmail.com     |                |           |                              |           |            |             |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |            |           |                | <b>FECHA DE RETIRO</b>            |                |           |                              |           |            |             |
| Cra. 3 No. 19 - 75 Casa 51                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>DIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>16</b> | <b>MES</b> | <b>06</b> | <b>AÑO</b>     | <b>202</b>                        | <b>DIA</b>     | <b>15</b> | <b>MES</b>                   | <b>12</b> | <b>AÑO</b> | <b>2022</b> |
| <b>CARGO</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |            |           |                | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>           |                |           |                              |           |            |             |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |            |           |                | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO         |                |           |                              |           |            |             |
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL A POBLACIÓN VICTIMA, ESTRATEGIA "TEJIENDONOS" CONSTRUCCION DEL TEJIDO SOCIAL POBLACION RETORNADA, REUBICADA E INTEGRADA LOCALMENTE. PLAN DE RETORNOS Y REUBICACIONES DE LA DT. MAGDALENA MEDIO. ACOMPAÑAMIENTO EN COMUNIDADES UBICADAS EN DEPARTAMENTO CESAR Y DEPARTAMENTO BOLIVAR. |           |            |           |                |                                   |                |           |                              |           |            |             |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           |                |                                   |                |           |                              |           |            |             |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           | <b>PUBLICA</b> |                                   | <b>PRIVADA</b> |           | <b>JEFE INMEDIATO</b>        |           |            |             |
| <u>CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO</u>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |            |           |                |                                   | X              |           | <u>SUSANA CARVAJAL PEREZ</u> |           |            |             |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |            |           |                | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> |                |           |                              |           |            |             |
| <u>BOGOTA</u>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 3185863257                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |            |           |                | CID@CID.ORG.CO                    |                |           |                              |           |            |             |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |            |           |                | <b>FECHA DE RETIRO</b>            |                |           |                              |           |            |             |
| CRA 22 # 143-11                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>DIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>03</b> | <b>MES</b> | <b>05</b> | <b>AÑO</b>     | <b>202</b>                        | <b>DIA</b>     | <b>15</b> | <b>MES</b>                   | <b>11</b> | <b>AÑO</b> | <b>2021</b> |
| <b>CARGO</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |            |           |                | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>           |                |           |                              |           |            |             |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |            |           |                | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO         |                |           |                              |           |            |             |

|                                            |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     |                |     |                                   |     |                            |     |    |     |      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----------------|-----|-----------------------------------|-----|----------------------------|-----|----|-----|------|
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL A POBLACIÓN VICTIMA, PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTREGRAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)</u> |  |                                                                                                     |    |     |                |     |                                   |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     |                |     |                                   |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     | <b>PUBLICA</b> |     | <b>PRIVADA</b>                    |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>      |     |    |     |      |
| <u>CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO</u>   |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     |                |     | X                                 |     | <u>NURY ALEJANDRA DIAZ</u> |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |                                                                                                                                                      |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                  |    |     |                |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> |     |                            |     |    |     |      |
| <u>BOGOTA</u>                              |                                                                                                                                                      |  | 3185863257                                                                                          |    |     |                |     | CID@CID.ORG.CO                    |     |                            |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                             |    |     |                |     | <b>FECHA DE RETIRO</b>            |     |                            |     |    |     |      |
| CRA 22 # 143-11                            |                                                                                                                                                      |  | DIA                                                                                                 | 02 | MES | 05             | AÑO | 2020                              | DIA | 30                         | MES | 06 | AÑO | 2020 |
| <b>CARGO</b>                               |                                                                                                                                                      |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                             |    |     |                |     | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>           |     |                            |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |                                                                                                                                                      |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                             |    |     |                |     | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO         |     |                            |     |    |     |      |
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> |                                                                                                                                                      |  | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL A POBLACIÓN VICTIMA, EN EL PROYECTO-CONVENIO 139-T 045 DE 2020.</u> |    |     |                |     |                                   |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     |                |     |                                   |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     | <b>PUBLICA</b> |     | <b>PRIVADA</b>                    |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>      |     |    |     |      |
| <u>UNION TEMPORAL CEDAVIDA-APOYAR</u>      |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                     |    |     |                |     | X                                 |     | <u>ANGELA MARIA MATEUS</u> |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |                                                                                                                                                      |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                  |    |     |                |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> |     |                            |     |    |     |      |
| <u>BOGOTA</u>                              |                                                                                                                                                      |  | 3185863257                                                                                          |    |     |                |     | natym@cedavida.org                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                             |    |     |                |     | <b>FECHA DE RETIRO</b>            |     |                            |     |    |     |      |
| CRA 10 # 67-16                             |                                                                                                                                                      |  | DIA                                                                                                 | 23 | MES | 07             | AÑO | 2019                              | DIA | 15                         | MES | 03 | AÑO | 2020 |
| <b>CARGO</b>                               |                                                                                                                                                      |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                             |    |     |                |     | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>           |     |                            |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |                                                                                                                                                      |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                             |    |     |                |     | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO         |     |                            |     |    |     |      |

|                                            |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     |                |                                   |                |     |                            |     |    |     |      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|----|-----|----------------|-----------------------------------|----------------|-----|----------------------------|-----|----|-----|------|
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL A POBLACIÓN VICTIMA, PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTREGRAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)</u> |  |                                    |    |     |                |                                   |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     |                |                                   |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     | <b>PUBLICA</b> |                                   | <b>PRIVADA</b> |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>      |     |    |     |      |
| <u>FUNOF</u>                               |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     |                |                                   | X              |     | <u>ANGELA MARIA MATEUS</u> |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |                                                                                                                                                      |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b> |    |     |                | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> |                |     |                            |     |    |     |      |
| <u>CALI</u>                                |                                                                                                                                                      |  | 6661473                            |    |     |                | <u>FUNOF@FUNOF.ORG.CO</u>         |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>            |    |     |                | <b>FECHA DE RETIRO</b>            |                |     |                            |     |    |     |      |
| CRA 10 # 67-16                             |                                                                                                                                                      |  | DIA                                | 16 | MES | 04             | AÑO                               | 2018           | DIA | 31                         | MES | 05 | AÑO | 2018 |
| <b>CARGO</b>                               |                                                                                                                                                      |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>            |    |     |                | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>           |                |     |                            |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |                                                                                                                                                      |  | PRESTACION DE SERVICIOS            |    |     |                | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO         |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL A POBLACIÓN VICTIMA, PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTREGRAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)</u> |  |                                    |    |     |                |                                   |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     |                |                                   |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     | <b>PUBLICA</b> |                                   | <b>PRIVADA</b> |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>      |     |    |     |      |
| <u>FUNDACION MANANTIAL DE EXPERIENCIAS</u> |                                                                                                                                                      |  |                                    |    |     |                |                                   | X              |     | <u>LEONARDO PICO</u>       |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |                                                                                                                                                      |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b> |    |     |                | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> |                |     |                            |     |    |     |      |
| <u>BUCARAMANGA</u>                         |                                                                                                                                                      |  | 3194763085                         |    |     |                | <u>MANANTIALEX12@GMAIL.COM</u>    |                |     |                            |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                                                      |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>            |    |     |                | <b>FECHA DE RETIRO</b>            |                |     |                            |     |    |     |      |
| CRA 10 # 67-16                             |                                                                                                                                                      |  | DIA                                | 01 | MES | 02             | AÑO                               | 2018           | DIA | 01                         | MES | 05 | AÑO | 2018 |
| <b>CARGO</b>                               |                                                                                                                                                      |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>            |    |     |                | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>           |                |     |                            |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |                                                                                                                                                      |  | PRESTACION DE SERVICIOS            |    |     |                | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO         |                |     |                            |     |    |     |      |

|                                            |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     |                |     |                                            |     |                           |     |    |     |      |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----------------|-----|--------------------------------------------|-----|---------------------------|-----|----|-----|------|
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL TENIENDO EN CUENTA EL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA, CONCENTRAR LOS PLANES DE ATENCION.</u> |  |                                                                                                                             |    |     |                |     |                                            |     |                           |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     |                |     |                                            |     |                           |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     | <b>PUBLICA</b> |     | <b>PRIVADA</b>                             |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>     |     |    |     |      |
| <u>FUNDESTAR</u>                           |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     |                |     | X                                          |     | <u>NELSON CASTELLANOS</u> |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |                                                                                                                             |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                                          |    |     |                |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>          |     |                           |     |    |     |      |
| <u>BUCARAMANGA</u>                         |                                                                                                                             |  | <u>0376577602</u>                                                                                                           |    |     |                |     | <u>REPRESENTANTELEGAL@FUNDESTAR.ORG.CO</u> |     |                           |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                             |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                                                     |    |     |                |     | <b>FECHA DE RETIRO</b>                     |     |                           |     |    |     |      |
| EL JARDIN TERRAZAS                         |                                                                                                                             |  | DIA                                                                                                                         | 24 | MES | 01             | AÑO | 2018                                       | DIA | 31                        | MES | 07 | AÑO | 2018 |
| <b>CARGO</b>                               |                                                                                                                             |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                                                     |    |     |                |     | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>                    |     |                           |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |                                                                                                                             |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                     |    |     |                |     | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                  |     |                           |     |    |     |      |
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> |                                                                                                                             |  | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL TENIENDO EN CUENTA EL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA, CONCENTRAR LOS PLANES DE ATENCION.</u> |    |     |                |     |                                            |     |                           |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     |                |     |                                            |     |                           |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     | <b>PUBLICA</b> |     | <b>PRIVADA</b>                             |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>     |     |    |     |      |
| <u>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</u>   |                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |    |     | X              |     |                                            |     | <u>ALBA NURY RAMIREZ</u>  |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |                                                                                                                             |  | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                                          |    |     |                |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>          |     |                           |     |    |     |      |
| <u>BUCARAMANGA</u>                         |                                                                                                                             |  | <u>0376970000</u>                                                                                                           |    |     |                |     | <u>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</u>   |     |                           |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |                                                                                                                             |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                                                     |    |     |                |     | <b>FECHA DE RETIRO</b>                     |     |                           |     |    |     |      |
| SSD SANTANDER                              |                                                                                                                             |  | DIA                                                                                                                         | 07 | MES | 07             | AÑO | 2017                                       | DIA | 11                        | MES | 12 | AÑO | 2017 |
| <b>CARGO</b>                               |                                                                                                                             |  | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                                                     |    |     |                |     | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>                    |     |                           |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |                                                                                                                             |  | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                     |    |     |                |     | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                  |     |                           |     |    |     |      |

|                                            |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     |                |     |                                          |     |                              |     |    |     |      |
|--------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----------------|-----|------------------------------------------|-----|------------------------------|-----|----|-----|------|
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> |  | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, DIRIGIDO A LA POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, CONCENTRAR LOS PLANES DE ATENCION</u> |                                                                                                                      |    |     |                |     |                                          |     |                              |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     |                |     |                                          |     |                              |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     | <b>PUBLICA</b> |     | <b>PRIVADA</b>                           |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>        |     |    |     |      |
| <u>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</u>   |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     | X              |     |                                          |     | <u>CECILIA ESTER PAYARES</u> |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |  |                                                                                                                                                                                                              | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                                   |    |     |                |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>        |     |                              |     |    |     |      |
| <u>BUCARAMANGA</u>                         |  |                                                                                                                                                                                                              | <u>0376970000</u>                                                                                                    |    |     |                |     | <u>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</u> |     |                              |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |  |                                                                                                                                                                                                              | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                                              |    |     |                |     | <b>FECHA DE RETIRO</b>                   |     |                              |     |    |     |      |
| SSD SANTANDER                              |  |                                                                                                                                                                                                              | DIA                                                                                                                  | 01 | MES | 09             | AÑO | 2016                                     | DIA | 30                           | MES | 12 | AÑO | 2016 |
| <b>CARGO</b>                               |  |                                                                                                                                                                                                              | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                                              |    |     |                |     | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>                  |     |                              |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |  |                                                                                                                                                                                                              | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                              |    |     |                |     | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                |     |                              |     |    |     |      |
| <b>PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS</b> |  |                                                                                                                                                                                                              | <u>BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.</u> |    |     |                |     |                                          |     |                              |     |    |     |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>          |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     |                |     |                                          |     |                              |     |    |     |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b>                   |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     | <b>PUBLICA</b> |     | <b>PRIVADA</b>                           |     | <b>JEFE INMEDIATO</b>        |     |    |     |      |
| <u>ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIMA</u>         |  |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |    |     | X              |     |                                          |     | <u>FABIO ENRIQUE PINEDA</u>  |     |    |     |      |
| <b>DEPARTAMENTO/MUNICIPIO</b>              |  |                                                                                                                                                                                                              | <b>CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD</b>                                                                                   |    |     |                |     | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>        |     |                              |     |    |     |      |
| <u>BUCARAMANGA</u>                         |  |                                                                                                                                                                                                              | <u>0376970000</u>                                                                                                    |    |     |                |     | <u>ALCALIA MUNICIPAL CHIMA</u>           |     |                              |     |    |     |      |
| <b>DIRECCIÓN ENTIDAD</b>                   |  |                                                                                                                                                                                                              | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                                                                              |    |     |                |     | <b>FECHA DE RETIRO</b>                   |     |                              |     |    |     |      |
| CHIMA-STDER                                |  |                                                                                                                                                                                                              | DIA                                                                                                                  | 20 | MES | 01             | AÑO | 2015                                     | DIA | 20                           | MES | 06 | AÑO | 2015 |
| <b>CARGO</b>                               |  |                                                                                                                                                                                                              | <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                                              |    |     |                |     | <b>MOTIVO DE RETIRO</b>                  |     |                              |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL                    |  |                                                                                                                                                                                                              | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                              |    |     |                |     | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                |     |                              |     |    |     |      |

|                                     |                                                                                                                                                                                                |    |     |         |     |      |                            |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---------|-----|------|----------------------------|----|-----|----|-----|------|
| PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS | BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL TENIENDO EN CUENTA LA LEY 1098 Y EL CODIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CONCENTRAR LOS PLANES DE ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD, DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD EN GENERAL. |    |     |         |     |      |                            |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR          |                                                                                                                                                                                                |    |     |         |     |      |                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD                   | PÚBLICA                                                                                                                                                                                        |    |     | PRIVADA |     |      | JEFE INMEDIATO             |    |     |    |     |      |
| ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIMA         | X                                                                                                                                                                                              |    |     |         |     |      | FABIO ENRIQUE PINEDA       |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO/MUNICIPIO              | CONTACTO TELEFONICO ENTIDAD                                                                                                                                                                    |    |     |         |     |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |    |     |    |     |      |
| BUCARAMANGA                         | 0376970000                                                                                                                                                                                     |    |     |         |     |      | ALCALIA MUNICIPAL CHIMA    |    |     |    |     |      |
| DIRECCIÓN ENTIDAD                   | FECHA DE INGRESO                                                                                                                                                                               |    |     |         |     |      | FECHA DE RETIRO            |    |     |    |     |      |
| CHIMA-STDER                         | DIA                                                                                                                                                                                            | 24 | MES | 06      | AÑO | 2015 | DIA                        | 24 | MES | 12 | AÑO | 2015 |
| CARGO                               | TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                                               |    |     |         |     |      | MOTIVO DE RETIRO           |    |     |    |     |      |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL             | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                        |    |     |         |     |      | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO  |    |     |    |     |      |
| PRINCIPALES FUNCIONES DESARROLLADAS | BRINDAR ATENCION PSICOSOCIAL TENIENDO EN CUENTA LA LEY 1098 Y EL CODIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CONCENTRAR LOS PLANES DE ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD, DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD EN GENERAL. |    |     |         |     |      |                            |    |     |    |     |      |

### REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO    | PROFESIÓN/OCUPACIÓN                        | TELEFONO DE CONTACTO |
|--------------------|--------------------------------------------|----------------------|
| NINI JOHANA MENDEZ | TRABAJADORA SOCIAL/PROFESIONAL PSICOSOCIAL | 3143400047           |
| KATHERINE MARTINEZ | PSICOLOGA/FUERZA AEREA COLOMBIANA          | 3205602335           |

### REFERENCIAS PROFESIONALES



Corporación  
Infancia y Desarrollo  
Nit: 830082544-7

## HOJA DE VIDA CID

CÓDIGO: FO-GH-01-06-04  
FUMD: 27/05/2022

| NOMBRE COMPLETO       | PROFESIÓN/OCUPACIÓN                           | TELEFONO DE CONTACTO |
|-----------------------|-----------------------------------------------|----------------------|
| MAYELIS YAHAIRA AVILA | TRABAJADORA SOCIAL/PROFESIONAL<br>PSICOSOCIAL | 3008580997           |
| SUSANA RAMIREZ        | TRABAJADORA SOCIAL/ LIDER<br>PSICOSOCIAL      | 3178450278           |

### CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

| NOMBRE COMPLETO   | DIRECCIÓN       | TELEFONO   |
|-------------------|-----------------|------------|
| ALFONSO HERNANDEZ | CRA 49 # 53-200 | 3156296092 |
| AMPARO FLOREZ     | CHIMA/STDER     | 3172247078 |

Nombre del candidato

Firma del candidato

No. de cédula del candidato



Paola Andrea Barrios Florez

1098732031 de Bucaramanga



PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ

Psicóloga Unab TP: 148364

Edad: 32 años  
Teléfono: 3103125330

CC: 1' 098. 732.031 De Bucaramanga  
Email: pbarrios200412@gmail.com

EXTRACTO PROFESIONAL

Profesional con sólida formación ética, respetuoso de los valores fundamentales del desarrollo humano, contribuye al mejoramiento de la sociedad, en áreas de la psicología social, organizacional, educativa o clínica, en los sectores público y privado. Reflexivo y crítico en la construcción de criterios para la toma de decisiones. Creativo e innovador en la solución de problemas. Soporta su liderazgo en proyectos de desarrollo, con fuertes lazos que genera en sus relaciones interpersonales.

FORMACIÓN ACADÉMICA

2025

ESPECIALISTA EN DEFENSA DE LOS  
DERECHOS HUMANOS  
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
*En tramite de recibir el titulo*

2010 - 2014

PSICOLOGA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE  
BUCARAMANGA  
*Facultad de ciencias de la salud*

2002 - 2009

BACHILLER ACADEMICO  
COLEGIO NEW CAMBRIDGE  
*Floridablanca, Santander*

DIPLOMADOS

- ✓ DIPLOMADO ENFOQUE  
DIFERENCIAL, CONSTRUCCIÓN DE  
PAZ Y DESARROLLO TERRITORIAL,  
COHORTE VI **UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA DE PEREIRA** 22 de  
agosto al 31 de octubre 2024
- ✓ DIPLOMADO LIDERAZGO PARA LA  
PAZ, COHORTE XXI **UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA DE PEREIRA** 23 de  
agosto al 01 de noviembre 2024
- ✓ DIPLOMADO MHGAP SUPERAR  
BRECHAS DE SALUD MENTAL  
**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA** 9 de  
agosto del 2022.

| OTROS ESTUDIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EXPERIENCIA LABORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>CURSO LA JUSTICIA TRANSICIONAL DE LA JEP: APORTES PARA LA PAZ</b><br/><b>UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA</b> 19 de agosto al 01 de noviembre 2024</li> <li>✓ <b>CURSO PAQUETE INICIAL MÍNIMO DE SERVICIOS (PIMS) PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE CRISIS HUMANITARIAS</b><br/><b>CARE COLOMBIA, PROFAMILIA Y UNIVERSIDAD DE LOS ANDES</b> Año 2023</li> <li>✓ <b>FORMACION EN PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO</b> <b>MINISTERIO DE SALUD</b> 27 de septiembre de 2021</li> <li>✓ <b>ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO</b> <b>SENA</b> 13 de agosto del 2019</li> <li>✓ <b>CURSO PLANEACION Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A NIVEL GERENCIAL</b>, <b>SENA</b> Junio a septiembre de 2013</li> </ul> | <p><b>PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado</b><br/><b>Medida de reparación Convenio1202-2024 - 9 SENTENCIAS CIDH</b><br/><b>LA CID-Ministerio de Salud</b><br/>Cargo: Profesional Psicosocial<br/>Inicio 24 de junio 2024 al 30 de mayo 2025.</p> <p><b>PROFESIONAL DE PROTECCIÓN CON ENFASIS PSICOSOCIAL</b><br/><b>Bethany Christian Services ONG</b><br/>Cargo: Profesional de Protección con énfasis psicosocial.<br/>Inicio 15 marzo 2024 a 06 Julio 2024</p> <p><b>PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado</b><br/><b>Medida de reparación 1011-2022</b><br/><b>9 SENTENCIAS CIDH</b><br/><b>LA CID-Ministerio de Salud</b><br/>Cargo: Profesional Psicosocial<br/>Inicio 17 de noviembre 2023 al 15 de febrero del 2024</p> |
| <div>             ✓ <b>SIMPOSIO INTERNACIONAL DE JUSTICIA TRANSICIONAL</b><br/> <b>“REFLEXIONES Y DEBATES ACTUALES”,</b><br/> <b>UNAB</b> 07 de noviembre de 2024           </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><b>PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado</b><br/><b>Medida de reparación 1011-2022</b><br/><b>9 SENTENCIAS CIDH</b><br/><b>LA CID-Ministerio de Salud</b><br/>Cargo: Profesional Psicosocial<br/>Inicio 19 de julio al 31 de octubre del 2023</p> <p><b>PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Estrategia del tejido social, comunidades retornadas, reubicadas e integradas localmente. “Tejiéndonos”</b><br/><b>Fundación Sinergia y sociedad,</b><br/><b>Convenio 1324-2022 Unidad de Victimas-OIM</b><br/>Cargo: Profesional Psicosocial<br/>Inicio 16 de junio al 15 de diciembre del 2022</p>                                                                                                                                                                     |

## EXPERIENCIA LABORAL

**PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado -PAPSIVI LA CID-Ministerio de Salud**

Cargo: Profesional Psicosocial  
Inicio 3 de mayo al 15 de noviembre del 2021

**PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado SENTENCIA T-045 LA CID**

**Ministerio de Salud**  
Cargo: Profesional Psicosocial  
Inicio 2 de mayo al 02 de Julio del 2020

**PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado-PAPSIVI CEDAVIDA-APOYAR**

**Ministerio de Salud**  
Cargo: Profesional Psicosocial  
Inicio 3 de agosto del 2019-15 de marzo del 2020

**PROFESIONAL PSICOSOCIAL-Atención a Víctimas de Conflicto Armado- PAPSIVI CONTRATO No.478 del 2018**

**FUNOF- Min Salud**  
Cargo: PROFESIONAL PSICOSOCIAL  
FUNOF/BUCARAMANGA  
16 de abril al 31 de mayo del 2018

**PROFESIONAL PSICOSOCIAL-PAPSIVI CONTRATO No 0001328 del 2017**

**OFICINA PROMOCION SOCIAL GOBERNACION DE SANTANDER**  
Cargo: PROFESIONAL DE APOYO PAPSIVI  
Gobernador: DR. DIDIER TAVERA  
17 de Julio al 11 de diciembre del 2017

**PSICOLOGA CONTRATO No 0001525 del 2016**

**OFICINA SALUD MENTAL GOBERNACION DE SANTANDER**  
Cargo: PROFESIONAL DE APOYO PROVINCIAL  
Gobernador: DR. DIDIER TAVERA  
1 de septiembre al 30 de diciembre del 2016

## EXPERIENCIA LABORAL

**PSICOLOGA COMISARIA DE FAMILIA CONTRATO No 046 del 2015**

**ALCALDIA MUNICIPAL CHIMA SANTANDER**  
Cargo: PSICOLOGA MUNICIPAL  
Alcalde: DR. NELSON CADENA ACUÑA  
24 junio de enero al 24 de diciembre del 2015

**PSICOLOGA COMISARIA DE FAMILIA CONTRATO No 007 del 2015**

**ALCALDIA MUNICIPAL CHIMA SANTANDER**  
Cargo: PSICOLOGA MUNICIPAL  
Alcalde: Dr. NELSON CADENA ACUÑA  
20 de enero al 20 de junio del 2015



**Paola Andrea Barrios Flórez**  
C.C 1098.732 .031 de Bucaramanga

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **1.098.732.031**

**BARRIOS FLOREZ**

APELLIDOS

**PAOLA ANDREA**

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1992**  
**BARRANCABERMEJA**  
**(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**12-ENE-2011 BUCARAMANGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2700100-00279367-F-1098732031-20110131

0025661997A 1

35403391

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

otno3 olgm sul odIA  
2005 JUL 11  
cupl

La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre el

2005 JUL 11  
cupl

**Colegio Nuevo Cambridge**  
Floridablanca - Santander

Con Licencia de Funcionamiento o Reconocimiento Oficial según Resolución  
No. 13694 de fecha 18 de Agosto de 2000, expedida por la  
Secretaría de Educación del Departamento de Santander

Confiere a

**Paola Andrea Barrios Flores**

Identificado(a) con C.I. No. 921223-00856 de Barrancabermeja

El Título de

**Bachiller Académico**

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel  
de Educación Media Académica, de acuerdo con el P.E.B. del Colegio.

Rector

Secretaria

  
José Luis Sandoval Quijé  
C.C. 13.041.017 de Bucaramanga

  
Alba Ciro Melo Santana  
C.C. 31.820.529 de Bogotá D.E.

Anotado en el Libro de Registro de Diplomas del Colegio No. 1 Folio No. 157

Colombia

República de Colombia

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Autorizada por resolución 2771 de 1987 del Ministerio de Educación Nacional

El Consejo Académico y el Rector en atención a que

**PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**

C.C. 1.098.732.031 de Bucaramanga

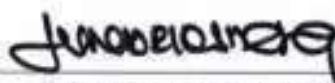
cumplido las normas legales y los requisitos académicos exigidos por la Universidad, otorgan, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

**PSICOLOGA**

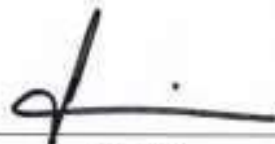
Se expide el presente diploma en Bucaramanga el **12** de **Diciembre** de **2014**



Rector



Secretario General y Jurídico



Decano



ACTA DE GRADO No. 1.059  
Folio No. 955-28651 del Libro No. 3

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA -UNAB-**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, a los 12 días del mes de diciembre de 2014, en el aula máxima de la Universidad, se celebró la ceremonia de graduación de **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.098.732.031 de Bucaramanga.

El grado fue aprobado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, según Acta No. 190 de noviembre 27 de 2014, y ratificado por el Consejo Académico según Acta No. 829 de diciembre 5 de 2014, previa comprobación de que el aspirante cumplió los requisitos exigidos para el Programa de Psicología. Trabajo de Grado: "Homologación de cursos coterminales".

El Rector Dr. Alberto Montoya Puyana, tomó Juramento al graduado, hecho lo cual le hizo entrega del Diploma que lo acredita como **PSICOLOGA**.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal conferida a la Universidad.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta a los 12 días del mes de diciembre de 2014.

Alberto Montoya Puyana, Rector (fdo), Juan José Rey Serrano, Decano (fdo), Juan Carlos Acuña Gutiérrez, Secretario General y Jurídico (fdo).

Es fiel copia tomada del original a los 12 días del mes de diciembre de 2014.



  
**JUAN CARLOS ACUÑA GUTIERREZ**  
Secretario General y Jurídico



República de Colombia  
Colegio Colombiano de Psicólogos

## Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090 de 2006

No. 148364

PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ

C.C. 1.098.732.031



Expedida: 2015-01-29

IDentico S.A.S.

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

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos.

Presidente

[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)

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

**HACE CONSTAR:**

Que **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **1098732031** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 148364 expedida el 29/01/15, 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 14 de agosto de 2025.

**Nota:** De acuerdo con el párrafo 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



pBwXPv6efpHNOBIGce+W  
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:  
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>



Carrera 19 No. 84 - 49.  
Antiguo Country  
Bogotá, D.C. Colombia



colpsic@colpsic.org.co  
www.colpsic.org.co



(601) 745 14 70



SC-2001331

## 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 **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, con documento de identificación N° **1098732031**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 14 de agosto de 2025.



**DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO**

Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología



Yi/u0tdOL8Bp8VD4ZYxw  
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:  
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>





Universidad de  
**los Andes**  
Colombia

**Executive  
Education**  
Facultad de Administración

# CARE Colombia, Profamilia y la Universidad de los Andes

Certifican que

**Paola Andrea Barrios Florez**

Participó en el Curso

**Paquete Inicial Mínimo De Servicios (PIMS) Para La Salud Sexual Y  
Reproductiva En Situaciones De Crisis Humanitarias**

Realizado en el año 2023, con una duración de 16 horas.

*Catalina Vargas*

---

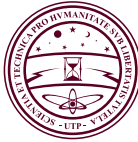
**Catalina Vargas**  
Directora  
CARE Colombia

---

**Jorge Iván Rojo**  
Gerente de Salud  
Profamilia

---

**María Andrea Leyva Mosquera**  
Directora  
Dirección de Educación Continua  
Universidad de los Andes



Universidad  
Tecnológica  
de Pereira

La Facultad de Bellas Artes y Humanidades de la Universidad Tecnológica de Pereira

# CERTIFICA

**Que:**

**PAOLA ANDREA  
BARRIOS FLÓREZ**

Número de identificación 1098732031

**Participó en el Curso:**

**LA JUSTICIA TRANSICIONAL  
DE LA JEP: APORTES PARA LA PAZ**

Realizado del 19 de agosto al 01 de noviembre de 2024,  
con una intensidad de 50 horas.

Aprobado mediante Acta de Consejo de Facultad de Bellas Artes  
y Humanidades No.20 del 08 de agosto de 2024

En constancia se firma en la ciudad de Pereira el 29 de noviembre de 2024.

YETSIKA NATALIA VILLA MONTES  
Directora Admisiones, Registro y Control Académico  
Universidad Tecnológica de Pereira

AURA MARGARITA CALLE G.  
Directora Departamento de Humanidades  
Facultad de Bellas Artes y Humanidades



La salud  
es de todos

Minsalud

---

◆ ◆

# EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

certifica que

*Paola Andrea Barrios Florez*

---

desarrolló satisfactoriamente los módulos del curso virtual  
**“Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del  
Conflicto Armado”** con una intensidad de 40 horas.

Bogotá, 27 de Septiembre de 2021

---

◆ ◆



## **EL CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS**

### **CERTIFICA**

Que PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1098732031 de Bucaramanga, realizó y aprobó el curso de ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bucaramanga, a los trece (13) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por  
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

**CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ**  
Subdirectora (E) CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS  
REGIONAL SANTANDER

***SENA: Una Organización con Conocimiento***



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1098732031*

***Cursó y aprobó la acción de Formación***

## **ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bucaramanga, a los trece (13) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por  
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ  
Subdirectora (E)  
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS  
REGIONAL SANTANDER

**62441625 - 13/08/2019**  
**FECHA REGISTRO**

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9309001958625CC1098732031C.



## **EL CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS**

### **CERTIFICA**

Que PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.098.732.031 de Bucaramanga, realizó y aprobó el curso de PLANEACION Y ORGANIZACION DEL TRABAJO EN EL NIVEL GERENCIAL con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por  
ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

**ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO**  
**SUBDIRECTORA CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS**  
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

***SENA: Una Organización con Conocimiento***



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.098.732.031*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**PLANEACION Y ORGANIZACION DEL TRABAJO EN EL NIVEL GERENCIAL**

*con una duración de 50 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por  
ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO  
SUBDIRECTORA  
CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

**14936186 - 18/09/2013**  
**FECHA REGISTRO**

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940600569605CC1098732031C.

CERTIFICADO

LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID

CERTIFICA

Que, **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1098732031**, estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios, desempeñando el rol **PROFESIONAL PSICOSOCIAL**, en el proyecto **“MSPS CONVENIO 1202 2024”**, desde el 24 de junio del 2024 hasta el 30 de mayo del 2025, devengando honorarios mensuales de: **(\$ 4.711.100) CUATRO MILLONES SETECIENTOS ONCE MIL CIEN PESOS.**

**Desempeñando las siguientes funciones:**

1. Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado. Lo anterior, conforme a lo establecido en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 3, numeral 3.4] y Anexo de Costos del Convenio.
2. Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 4] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá: a. Realizar la actualización y entrega de base de focalización. b. Implementar la estrategia de focalización conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional. c. Apoyar las acciones de realimentación de la base de focalización con las personas beneficiarias de la Medida conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional. d. Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
3. Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 5] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá: a. Realizar la identificación o actualización de necesidades psicosociales de las personas beneficiarias de la Medida que deseen recibir voluntariamente el acompañamiento directo del equipo de atención integral. b. Desarrollar los procesos de atención psicosocial de las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral. c. Realizar las acciones de contención de necesidades específicas [desde lo psicosocial] con las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral. d. Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
4. Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.

1

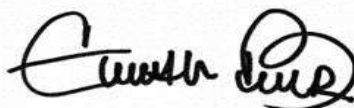
FO-GH-10-02-00

Elaborado por: Carlos Rios

Fecha de elaboración: 30/05/2025

5. Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. En el marco de esta obligación se deberá: a. Participar de las jornadas de formación programadas por parte del equipo coordinador nacional. b. Participar de las jornadas de cuidado emocional programadas por parte del equipo coordinador nacional. c. Participar de las sesiones de acompañamiento técnico programadas por parte del equipo coordinador nacional.
- d. Realizar con oportunidad los ajustes que sean solicitados Implementar en el marco del seguimiento técnico, realizado por el equipo coordinador nacional. Lo anterior de acuerdo con los resultados de la:
  - i) Revisión de la información reportada sobre el avance de implementación de la Medida de Reparación en Salud; II) Seguimiento periódico al cargue de las atenciones en la herramienta definida por el Ministerio. III) Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
6. Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión del conocimiento], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
7. Apoyar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del Proceso de Proceso de Participación, Coordinación y Seguimiento de la Medida, garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
8. Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional.
9. Garantizar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del proceso de gestión documental, que permita garantizar la disposición del archivo físico del proceso de atención, así como la custodia y preservación hasta la finalización del Convenio y la entrega en las condiciones y lugar que para tal efecto defina el Ministerio.
10. Consolidar, analizar y entregar oportunamente la información solicitada por el equipo coordinador nacional para la presentación de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Participar en las reuniones a las que sea convocada/o por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales los representantes de las víctimas, las víctimas beneficiarias o cualquier entidad que haga seguimiento a la Medida de Reparación en Salud.
12. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en todas aquellas responsabilidades que sean derivadas en el marco de la implementación de la Medida y de ejecución del Convenio.
13. Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la ejecución del Convenio

Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes de mayo del 2025.



**ELIZABETH BOLIVAR**  
**ASESORA JURÍDICA**

FO-GH-10-02-00

Elaborado por: Carlos Rios

Fecha de elaboración: 30/05/2025

## CERTIFICADO

### LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID

#### CERTIFICA

Que, **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía **N° 1098732031**, estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios profesionales, desempeñando el rol de **PROFESIONAL PSICOSOCIAL**, en el proyecto **“MEDIDAS DE REPARACION EN SALUD 1011-2022”**, Desde el **17 de noviembre de 2023** hasta el **15 de febrero de 2024**.

#### Desempeñando las siguientes responsabilidades:

- ✓ Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado. Lo anterior, conforme a lo establecido en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 3, numeral 3.4] y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 4] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la actualización y entrega de base de focalización.
  - Implementar la estrategia de focalización conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Apoyar las acciones de realimentación de la base de focalización con las personas beneficiarias de la Medida conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 5] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la identificación o actualización de necesidades psicosociales de las personas beneficiarias de la Medida que deseen recibir voluntariamente el acompañamiento directo del equipo de atención integral.

1

FO-GH-10-02-00

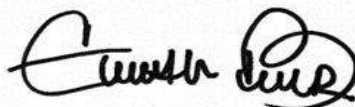
Elaborado por: Angie Garzón

Fecha de elaboración: 20/02/2024

- Desarrollar los procesos de atención psicosocial de las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral.
- Realizar las acciones de contención de necesidades específicas [desde lo psicosocial] con las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral.
- Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.
- ✓ Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Participar de las jornadas de formación programadas por parte del equipo coordinador nacional.
  - Participar de las jornadas de cuidado emocional programadas por parte del equipo coordinador nacional.
  - Participar de las sesiones de acompañamiento técnico programadas por parte del equipo coordinador nacional.
  - Realizar con oportunidad los ajustes que sean solicitados Implementar en el marco del seguimiento técnico, realizado por el equipo coordinador nacional. Lo anterior de acuerdo con los resultados de la:
    - i) Revisión de la información reportada sobre el avance de implementación de la Medida de Reparación en Salud; II) Seguimiento periódico al cargue de las atenciones en la herramienta definida por el Ministerio.
  - Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión del conocimiento], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Apoyar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del Proceso de Participación, Coordinación y Seguimiento de la Medida, garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional.
- ✓ Garantizar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del proceso de gestión documental, que permita garantizar la disposición del archivo físico del proceso de atención, así como la custodia y preservación hasta la finalización del Convenio y la entrega en las condiciones y lugar que para tal efecto defina el Ministerio.
- ✓ Consolidar, analizar y entregar oportunamente la información solicitada por el equipo coordinador nacional para la presentación de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- ✓ Participar en las reuniones a las que sea convocada/o por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales los representantes de las víctimas, las víctimas beneficiarias o cualquier entidad que haga seguimiento a la Medida de Reparación en Salud.
- ✓ Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en todas aquellas responsabilidades que sean derivadas en el marco de la implementación de la Medida y de ejecución del Convenio.
- ✓ Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la ejecución del Convenio.

Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de febrero de 2024.



ELIZABETH BOLIVAR  
ASESORA JURÍDICA

**CERTIFICACIÓN LABORAL**

**CERTIFICACIÓN**

**BETHANY CHRISTIAN SERVICES INTERNATIONAL INC**, identificada con NIT 900.208.771-1, certifica que la señora **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, identificada con cédula de ciudadanía 1.098.732.031, laboró para esta organización mediante contrato laboral a término fijo desde el 01 de febrero de 2024 hasta el 06 de julio de 2024 desempeñando el cargo de **PROFESIONAL DE PROTECCIÓN - APOYO PSICOSOCIAL**, con una última asignación salarial mensual de TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL CUATROSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$3'131.480).

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de julio de dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



Firmado  
digitalmente por  
YURLEY ANDREA  
ESTUPINAN SILVA  
Fecha: 2024.07.06  
10:26:06 -05'00'

**ANDREA ESTUPIÑÁN SILVA**  
**ASESORA DE GENTE Y CULTURA**  
**BETHANY CHRISTIAN SERVICES**



## CERTIFICADO

### LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID

#### CERTIFICA

Que, **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía **N° 1098732031**, estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante contrato por prestación de servicios profesionales, desempeñando el rol de **PROFESIONAL PSICOSOCIAL**, en el proyecto **“MEDIDAS DE REPARACION 1011-2022”**, Desde el 19 de julio de 2023 hasta el 31 de octubre de 2023 devengando honorarios mensuales de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTIUNO MIL PESOS M/CTE (\$ 4.521.000)**.

#### Desempeñando las siguientes responsabilidades:

- ✓ Apoyar el desarrollo del Proceso de Alistamiento, particularmente llevando a cabo la actualización del Análisis de Contexto y de la Matriz de Oferta Institucional del territorio asignado. Lo anterior, conforme a lo establecido en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 3, numeral 3.4] y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Focalización. Lo anterior, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 4] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la actualización y entrega de base de focalización.
  - Implementar la estrategia de focalización conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Apoyar las acciones de realimentación de la base de focalización con las personas beneficiarias de la Medida conforme a las indicaciones dadas por el equipo coordinador nacional.
  - Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Llevar a cabo las actividades establecidas para el desarrollo del Proceso de Atención integral, conforme a los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas [particularmente en el capítulo 5] y Anexo de Costos del Convenio y entregar de forma oportuna a la coordinación nacional los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Realizar la identificación o actualización de necesidades psicosociales de las personas beneficiarias de la Medida que deseen recibir voluntariamente el acompañamiento directo del equipo de atención integral.

1

FO-GH-10-02-00

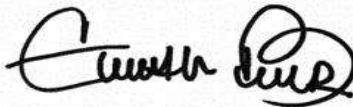
Elaborado por: Angie Garzón

Fecha de elaboración: 08/11/2023

- Desarrollar los procesos de atención psicosocial de las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral.
- Realizar las acciones de contención de necesidades específicas [desde lo psicosocial] con las personas beneficiarias de la Medida, que acepten voluntariamente el acompañamiento del equipo de atención integral.
- Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Mantener la articulación de las acciones con las establecidas en el Proceso de Desarrollo de Capacidades manteniendo comunicación permanente con el equipo de Desarrollo de Capacidades asignado al territorio, de tal manera que se armonicen y coordinen las acciones conforme a las necesidades de las personas beneficiarias de la Medida y considerando las particularidades y las dinámicas de cada Entidad Territorial priorizada en el marco del Convenio.
- ✓ Participar activamente en el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión de la calidad]. En el marco de esta obligación se deberá:
  - Participar de las jornadas de formación programadas por parte del equipo coordinador nacional.
  - Participar de las jornadas de cuidado emocional programadas por parte del equipo coordinador nacional.
  - Participar de las sesiones de acompañamiento técnico programadas por parte del equipo coordinador nacional.
  - Realizar con oportunidad los ajustes que sean solicitados Implementar en el marco del seguimiento técnico, realizado por el equipo coordinador nacional. Lo anterior de acuerdo con los resultados de la: i) Revisión de la información reportada sobre el avance de implementación de la Medida de Reparación en Salud; II) Seguimiento periódico al cargue de las atenciones en la herramienta definida por el Ministerio.
  - Llevar a cabo la consolidación, revisión y ajuste de forma oportuna los soportes y productos establecidos para esta actividad de acuerdo con lo pactado en el Convenio y sus documentos anexos.
- ✓ Apoyar [cuando sea necesario y según indicaciones del equipo coordinador nacional] el desarrollo del Proceso de Gestión Estratégica [particularmente el componente de gestión del conocimiento], garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Apoyar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del Proceso de Proceso de Participación, Coordinación y Seguimiento de la Medida, garantizando que se lleven a cabo las acciones establecidas en los Estudios Previos, el Anexo de Especificaciones Técnicas y Anexo de Costos del Convenio.
- ✓ Presentar un (1) informe mensual conforme a la estructura establecida por el equipo coordinador nacional.
- ✓ Garantizar las acciones establecidas por el equipo coordinador nacional para el desarrollo del proceso de gestión documental, que permita garantizar la disposición del archivo físico del proceso de atención, así como la custodia y preservación hasta la finalización del Convenio y la entrega en las condiciones y lugar que para tal efecto defina el Ministerio.

- ✓ Consolidar, analizar y entregar oportunamente la información solicitada por el equipo coordinador nacional para la presentación de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Dar cumplimiento a la implementación de las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Participar en las reuniones a las que sea convocada/o por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales los representantes de las víctimas, las víctimas beneficiarias o cualquier entidad que haga seguimiento a la Medida de Reparación en Salud.
- ✓ Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en todas aquellas responsabilidades que sean derivadas en el marco de la implementación de la Medida y de ejecución del Convenio.
- ✓ Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la ejecución del Convenio.

Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 08 días del mes de noviembre de 2023.



**ELIZABETH BOLIVAR**  
**ASESORA JURÍDICA**



## LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN SINERGIA Y SOCIEDAD

### CERTIFICA:

Que **BARRIOS FLOREZ PAOLA ANDREA** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1098732031 de BUCARAMANGA - SANTANDER, Presta sus servicios para *Prestar sus servicios profesionales para la implementación de la Estrategia de Tejido Social "Tejiéndonos", en el marco del convenio, dirigido al Fortalecimiento del Tejido Social en Comunidades Retornadas, Reubicadas e integradas localmente* Actividades desarrolladas en MAGDALENA MEDIO.

Su contratación fue suscrita el 16 DE JUNIO DE 2022 hasta el 15 DE DICIEMBRE DE 2022, mediante contrato de prestación de servicios, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L (\$ 4500000.00)/mes contra entrega de productos. Desarrollando, entre otras, las siguientes actividades:

*De acuerdo con la región donde se ubique, el/la contratista/a desarrollará las siguientes actividades:*

- 1. Presentar un plan de trabajo, que incluya cronograma, productos e informes según lo acordado con su supervisor/ra, el cual podrá ser actualizado si así se requiere.*
- 2. Implementar los lineamientos técnicos y metodológicos para el desarrollo de la estrategia Tejiéndonos de acuerdo con las metas establecidas, incorporando el enfoque psicosocial, el enfoque diferencial y el principio de acción sin daño.*
- 3. Apoyar el momento exploratorio/fase de alistamiento del convenio en los municipios asignados de acuerdo con el plan de trabajo que se establezca para ello.*
- 4. Realizar el proceso de convocatoria y seguimiento de los participantes de la estrategia a partir de los registros administrativos, actores claves y demás fuentes que se suministren para esta actividad, registrar dichas acciones en el formato establecido.*
- 5. Apoyar la elaboración de la base de beneficiarios de las comunidades asignadas.*
- 6. Implementar los 7 encuentros donde se abordan los siguientes temas: reconocimiento comunitario, representaciones sociales, prácticas sociales/culturales, arraigo territorial/escenarios de gestión, trámite de conflictos, convivencia y participación pública/ciudadana.*
- 7. Apoyar a las comunidades en el desarrollo de las Acciones autónomas donde se aplican las diferentes temáticas vistas en las formaciones desarrolladas durante los encuentros.*
- 8. Participar en la estrategia de formación y entrenamiento contemplada en el convenio.*
- 9. Participar en las jornadas de cuidado, asistencia técnica y formación a las que sean citados.*
- 10. Apoyar la presentación y socialización del proyecto en espacios comunitarios e institucionales en caso de ser necesario.*
- 11. Registrar y entregar los listados de asistencia de las personas de la comunidad que participaron en los encuentros y demás actividades, como también de toda la documentación administrativa que contemple la estrategia.*
- 12. Una vez efectuados los encuentros, escanear y remitir periódicamente (según lo acordado con la supervisión) por correo electrónico a los apoyos operativos las listas de asistencia y documentos requeridos sobre cada uno de los encuentros desarrollados.*
- 13. Enviar el balance y estado de cumplimiento de metas a la supervisión de acuerdo con el plan de trabajo establecido.*
- 14. Realizar las solicitudes y requerimientos necesarios para el oportuno y adecuado desarrollo de los encuentros conforme a la metodología establecida y los requisitos administrativos del convenio.*
- 15. Elaborar actas, informes y diligenciar los formatos y documentos entregados o solicitados por el supervisor del contrato.*
- 16. Informar oportunamente a la supervisión del convenio, haciendo uso del canal establecido, aquellas situaciones que impidan el desarrollo adecuado de los encuentros.*
- 17. Entregar todos los documentos e insumos y los archivos producidos en desarrollo del proyecto (documentos en físico, digitales y/o CD/DVD).*

Nit. 900587783-2

Cra. 3 No. 19 - 75 Casa 51 – Tel 8854867 Cel. 3142971257

sinergias.fundacion@gmail.com

Chía – Cundinamarca - Colombia



- 18. Elaborar informes mensuales y un informe final de las actividades desarrolladas durante la ejecución de su contrato.*  
*19. Ejecutar las demás actividades necesarias para dar cumplimiento a su labor, así como las solicitadas por la supervisión del contrato.*

Dada en Chía Cundinamarca, a los Cuatro (04) días del mes de Enero de dos mil veintitrés (2023).

Fundación Sinergia y  
Sociedad  
ERIKA DEL REAL SUÁREZ  
Representante Legal Nit. 900587783-2

## LA COORDINADORA FINANCIERA DE LA UNIÓN TEMPORAL CEDAVIDA - APOYAR

### CERTIFICA:

Que la señora **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.098.732.031** de Bucaramanga, prestó sus servicios profesionales, mediante un contrato civil de prestación de servicios como **PROFESIONAL PSICOSOCIAL – EQUIPO DE ATENCIÓN**, en el marco del convenio No. 0572 de 2019, celebrado entre el **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** y la **UNIÓN TEMPORAL CEDAVIDA - APOYAR**, cuyo objeto fue “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos, financieros para el fortalecimiento de la capacidad territorial en la implementación del Programa de Atención Psicosocial Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI)”.

Que sus obligaciones contractuales fueron:

1. Realizar y ajustar el análisis de contexto del territorio asignado.
2. Elaborar el Plan de atención psicosocial teniendo en cuenta el principio de interseccionalidad y conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en el territorio que esté a su cargo conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
4. Verificar la inclusión de las víctimas en el Registro Único de Víctimas (RUV) o en las bases de datos de sentencias nacionales e internacionales y verificar la identificación de sujetos colectivos étnicos, en los casos que sean necesarios.
5. Verificar si las víctimas que van a participar en alguna de las modalidades de atención en el marco de este contrato, han participado previamente en cualquier otro programa de atención psicosocial y de ser así reportar al asesor psicosocial para determinar si es necesaria una nueva atención y tramitar la respectiva autorización ante el Ministerio de Salud de Protección Social.
6. Concertar los planes de atención psicosocial con las víctimas, de acuerdo a los hallazgos identificados en el momento de acercamiento y reconocimiento.
7. Brindar la atención psicosocial en el marco de las orientaciones metodológicas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la Estrategia Metodológica de Atención Psicosocial.
8. Realizar seguimiento al plan de atención psicosocial formulado y concertado con las víctimas.

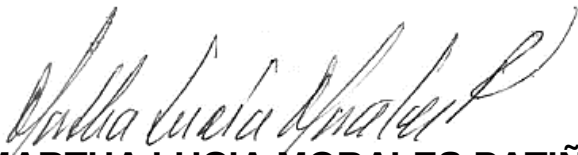
9. Realizar el monitoreo y seguimiento al Papsivi con participación de las víctimas.
10. Apoyar la elaboración de manera consistente, coherente, descriptiva y analítica de los documentos solicitados en el marco del desarrollo del Programa (Documento: Plan operativo, análisis de contexto, implementación del Programa y de sistematización).
11. Realizar las derivaciones cuando sea necesarias, conforme a lo establecido en los lineamientos del Programa y en la Estrategia Metodológica de Atención Psicosocial y Salud Integral.
12. Realizar semanalmente el cargue de las atenciones psicosociales de manera oportuna en el aplicativo web diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los lineamientos establecidos en el Programa.
13. Cargar semanalmente en el aplicativo el pdf de la sesión de acercamiento y reconocimiento y de la sesión de cierre, durante la semana que corresponda.
14. Participar en las acciones que integran el desarrollo de la Estrategia Complementaria (formación, cuidado emocional y seguimiento) y las reuniones convocadas por el equipo coordinador.
15. Presentar un (1) informe mensual los días 25 de cada mes conforme a la estructura diseñada por el Ministerio de Salud y Protección.
16. Tener disponibilidad para apoyar la atención psicosocial en cualquiera de sus modalidades.
17. Entregar oportunamente la información necesaria para los espacios de coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social.
18. Implementar las recomendaciones de seguridad en terreno definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
19. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial y de atención integral en salud.
20. Participar en las reuniones que se programen para la coordinación y seguimiento al Papsivi, con las Secretarías Departamentales de Salud y/o el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Entregar al finalizar cada ciclo, toda la gestión documental recopilada en el proceso de implementación de la medida, según los lineamientos de archivo entregado por el MSPS. La gestión documental hace referencia a las carpetas de los planes de atención a las víctimas, según la modalidad de atención al asesor psicosocial y/o al asesor de gestión territorial, cumpliendo a cabalidad con los lineamientos de archivo entregados por el MSPS.
22. Mantener una comunicación constante, respetuosa y asertiva con el equipo articulador.
23. Presentar un cronograma y un reporte semanal de atenciones al asesor psicosocial, con base en los cuales se medirá el cumplimiento de sus metas.
24. Participar mínimo una vez al mes en las reuniones de asistencia técnica que convoque el equipo articulador.
25. Todas aquellas que sean derivadas en el marco de la implementación del Programa.

Que por concepto de honorarios mensuales recibió en promedio la suma de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$4376000).

Que el contrato civil de servicios profesionales se ejecutó desde el 23 DE JULIO DE 2019 y hasta el 15 DE MARZO DE 2020.

Se expide en Bogotá, a los veintisiete (27) días del mes de abril de 2020.

Cordialmente,



**MARTHA LUCIA MORALES PATIÑO**

Coordinadora Financiera

Unión Temporal Cedavida – Apoyar

## LA CORPORACION DE INFANCIA Y DESARROLLO – LA CID

### CERTIFICA

Que **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° **1098732031** expedida en Bucaramanga, estuvo vinculado(a) con la Corporación, mediante un contrato por prestación de servicios, desempeñando el rol de **PROFESIONAL PSICOSOCIAL** en el proyecto “CONVENIO -139 \_ T045 DE 2020” desde el 02 de mayo del 2020 hasta el 30 de junio del 2020, percibiendo honorarios mensuales de CUATRO MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE (\$4.389.000).

Se expide certificación a los veinticuatro (24) días del mes de Julio del 2020.



**MARIA CAROLINA PERDOMO GALINDO**  
REPRESENTANTE LEGAL

|                                                                                   |                             |                     |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------|
|  | <b>ACTA DE RECIBO FINAL</b> | CÓDIGO              | AP-JC-RG-11 |
|                                                                                   |                             | VERSIÓN             | 7           |
|                                                                                   |                             | FECHA DE APROBACIÓN | 16/05/2017  |
|                                                                                   |                             | PÁGINA              | 1 de 2      |

### ACTA DE RECIBO FINAL

|                                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |           |
|---------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| TIPO DE CONTRATO :              |    | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |
| CONTRATO No. Y FECHA:           |    | 1328 DEL 05 DE JULIO/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| CONTRATISTA:                    |    | PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |           |
| Nit o C.C. No.                  |    | 1.098.732.031                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |
| OBJETO:                         |    | FORTALECIMIENTO DE LA ASISTENCIA TECNICA, SEGUIMIENTO Y RECOLECCION DE INFORMACION A LOS MUNICIPIOS PARA APOYAR LA REALIZACION DE ACCIONES CON LA POBLACION VULNERABLE DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACION DE LOS DERECHOS DE SALUD Y PROTECCION A LA POBLACION VULNERABLE DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER |    |           |
| VALOR INICIAL:                  |    | \$21.500.000.00 VEINTIUN MILLONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |
| VALOR ADICIONAL:                |    | QUINIENTOS MIL PESOS MCTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |           |
| ANTICIPO INICIAL (0%):          |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| ANTICIPO ADICIONAL (0 %):       |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL   |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.     |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| PLAZO INICIAL:                  |    | 05 MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |           |
| PLAZO ADICIONAL:                |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| PORCENTAJE DE EJECUCION:        |    | 96.66 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |           |
| NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO : |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| Nit o C.C. DEL INTERVENTOR      |    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
| SUPERVISOR:                     |    | JAVIER OREJARENA PINILLA-ACTO PARA DESIGNAR SUPERVISOR DEL 31 DE JULIO DE 2017                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |           |
| FECHA DE INICIACION:            |    | 17 DE JULIO DE 2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |           |
| ACTA DE SUSPENSION              | Nº | Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº | NO APLICA |
| ACTA DE REINICIACION            | Nº | Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº | NO APLICA |
| FECHA DE TERMINACION:           |    | 16 DE DICIEMBRE DE 2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |           |
| MUNICIPIO:                      |    | BUCARAMANGA SANTANDER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |
| OFICINA GESTORA:                |    | Secretaria de Salud Departamental                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |

En Bucaramanga a los doce (12) días del mes de diciembre del dos mil diecisiete 2017, se reunieron, JAVIER OREJARENA PINILLA, en calidad de Supervisor del Departamento-Secretaria de salud departamental-Gobernación de Santander y PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ quien comparece en nombre propio, con el fin de elaborar la presente Acta de Recibo Final correspondiente al periodo del 17 de Noviembre del 2017 al 11 de Diciembre del 2017 donde se hace constar que el presente Contrato ha sido ejecutado en un 96.66% a satisfacción del Departamento de Santander con las actividades que se relacionan en el Anexo No. 01, el cual hace parte integral de la presente acta, así como del informe del Supervisor.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA; de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

|                                                                                   |                             |                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
|  | <b>ACTA DE RECIBO FINAL</b> | <b>CÓDIGO</b>              | AP-JC-RG-11 |
|                                                                                   |                             | <b>VERSIÓN</b>             | 7           |
|                                                                                   |                             | <b>FECHA DE APROBACIÓN</b> | 16/05/2017  |
|                                                                                   |                             | <b>PÁGINA</b>              | 2 de 2      |

**I- BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO**

|                            |                        |                        |
|----------------------------|------------------------|------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$21.500.000.00        |                        |
| VALOR ADICIONAL CONTRATO   | \$0                    |                        |
| VALOR EJECUTADO            |                        | \$20.783.333           |
| VALOR POR EJECUTAR         |                        | \$ 716.666             |
| <b>SUMAS IGUALES</b>       | <b>\$21.500.000.00</b> | <b>\$21.500.000.00</b> |

**AMORTIZACIÓN ANTICIPO**

|                            |                    |                    |
|----------------------------|--------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL ANTICIPO | \$00.000.00        |                    |
| VALOR ADICIONAL ANTICIPO   | \$00.000.00        |                    |
| VALOR AMORTIZADO           |                    | \$00.000.00        |
| VALOR POR AMORTIZAR        |                    | \$00.000.00        |
| <b>SUMAS IGUALES</b>       | <b>\$00.000.00</b> | <b>\$00.000.00</b> |

**II- PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL**

|                                          |                       |
|------------------------------------------|-----------------------|
| VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA      | \$3.583.333.00        |
| Menos aporte de (ejecuc. mano de obra)   | \$ 00.000.00          |
| Menos Saldo Amortización anticipo        | \$ 00.000.00          |
| <b>VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA</b> | <b>\$3.583.333.00</b> |

**SON: TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (3.583.333.00) M/CTE**

De igual manera no se actualizarán pólizas, en este orden de ideas se da por terminado en forma definitiva el contrato de prestación de servicios.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los doce (12) días del mes de diciembre del dos mil diecisiete 2017.

  
**PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ**

Contratista

  
**JAVIER OREJARENA PINILLA**

Supervisor



## ACTA DE RECIBO FINAL

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |           |           |           |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|-----------|-----------|
| TIPO DE CONTRATO:              | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ✓                                                                                                                                                                                                                             |    |    |           |           |           |
| CONTRATO No. Y FECHA:          | 1525 del 18 de Agosto de 2016 ✓                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |           |           |           |
| CONTRATISTA:                   | PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ ✓                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |           |           |           |
| Nit o C.C. No.                 | 1.068.732.031 ✓                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |           |           |           |
| OBJETO:                        | "BRINDAR APOYO A LA ASISTENCIA TECNICA Y SEGUIMIENTO EN LA DIMENSION DE SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER" ✓ |    |    |           |           |           |
| VALOR INICIAL:                 | \$ 17.200.000 ✓                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |           |           |           |
| VALOR ADICIONAL:               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| ANTICIPO INICIAL (XXXX %):     | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %):   | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL: | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| PLAZO INICIAL:                 | Cuatro (04) meses ✓                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |           |           |           |
| PLAZO ADICIONAL:               | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| PORCENTAJE DE EJECUCION:       | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |           |           |           |
| NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO: | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| Nit o C.C. DEL INTERVENTOR:    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| SUPERVISOR:                    | CECILIA ESTHER PAYARES MEDINA<br>Según designación de supervisión del Contrato 1525 del 18 de Agosto de 2016 ✓                                                                                                                                                      |    |    |           |           |           |
| FECHA DE INICIACION:           | 01 de septiembre de 2016 ✓                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |           |           |           |
| ACTA DE SUSPENSION             | VP                                                                                                                                                                                                                                                                  | VP | NP | No aplica | No aplica | No aplica |
| ACTA DE REINICIACION           | VP                                                                                                                                                                                                                                                                  | VP | NP | No aplica | No aplica | No aplica |
| FECHA DE TERMINACION:          | 30 de Diciembre de 2016 ✓                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |           |           |           |
| MUNICIPIO:                     | Bucaramanga ✓                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |           |           |           |
| OFICINA GESTORA:               | Secretaria de Salud Departamental ✓                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |           |           |           |

En Bucaramanga, a los treinta (30) días del mes de Diciembre de 2016, se reunieron, **CECILIA ESTHER PAYARES MEDINA**, en calidad de Supervisor de la Secretaría de Salud Departamental y **PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ**, quien comparece en NOMBRE PROPIO como Contratista, con el fin de elaborar la presente Acta de Recibo Final correspondiente a la ejecución de actividades por el periodo comprendido del 01 de Diciembre de 2016 al día 30 de Diciembre de 2016, del presente contrato de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el anexo N° 1, el cual hace parte integral de la presente acta, así como el Informe del Supervisor.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

**I- BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO**

|                            |                     |                        |
|----------------------------|---------------------|------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$17.200.000 ✓      |                        |
| VALOR ADICIONAL CONTRATO   | \$0                 |                        |
| VALOR EJECUTADO            |                     | \$ 17.200.000 ✓        |
| VALOR POR EJECUTAR         |                     | \$ 0                   |
| <b>SUMAS IGUALES</b>       | <b>\$17.200.000</b> | <b>\$ 17.200.000 ✓</b> |

**II- PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL**

|                                            |                       |
|--------------------------------------------|-----------------------|
| <b>VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA</b> | <b>\$ 4.300.000 ✓</b> |
| Menos aporte de ejecución, mano de obra)   | \$ 00.000,00          |
| Menos Saldo Amortización anticipo          | \$ 00.000.000         |
| <b>VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA</b>   | <b>\$4.300.000 ✓</b>  |

**SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE \$ 4.300.000**

De conformidad con el artículo 217 del decreto 019 de 2012 inciso final nos era obligatoria la liquidación en los contratos de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión.

De igual manera no se actualizarán pólizas, en este orden de ideas se da por terminado en forma definitiva el contrato de prestación de servicios Profesionales.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los Treinta (30) días del mes de Diciembre de 2016.

  
**PAOLA ANDREA BARRIOS FLÓREZ**  
 CONTRATISTA

  
**CECILIA ESTHER PAYARES MEDINA**  
 SUPERVISOR

|                                                                                                      |                                                                          |  |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Código: F-GD-14 | REPUBLICA DE COLOMBIA<br>DEPARTAMENTO DE SANTANDER<br>MUNICIPIO DE CHIMA |  | <br>Página 1 de 1 |
|                                                                                                      | CERTIFICACION<br>Versión: 0      Fecha: 03/01/2011                       |  |                                                                                                     |

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL

**CERTIFICA:**

Que la **Dra. PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.098.732.031 de Bucaramanga, trabaja en la administración municipal 2012 2015, municipio de Chima, Santander, cumpliendo con las actividades contractuales contrato No 007/2015 y el contrato No 046/2015 como **"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOLOGICO PARA ATENCION A LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y/O VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y/O ABUSO SEXUAL, MALTRATO INFANTIL Y EN GENERAL EL REQUERIDO CON EL FIN DE LOGRAR EL FORTALECIMIENTO DE LA COMISARIA DE FAMILIA MUNICIPAL DE CHIMA SANTANDER"**, con funciones como analizar, diagnosticar e intervenir sobre problemas y dificultades relacionadas con el comportamiento humano en las áreas clinica, educativa, social y organizacional; realizar el apoyo psicológico requerido en los diferentes casos que se presentan en el Municipio en cada uno de los sectores poblacionales tanto del sector infantil, como de adolescentes, como de madres cabeza de familia; como de ancianos, como de discapacitados, como de víctimas del conflicto armado y en general todo grupo vulnerable que necesite este apoyo y orientación, en el periodo comprendido entre el 12 de Enero al 24 de Diciembre del 2015.

Se expide en Chima, Santander, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015), a solicitud de la interesada.

Atentamente,  
  
**NELSON CADENA ACUÑA**  
 Alcalde Municipal Chima Sder

|                                                                                   |                                                                          |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | REPUBLICA DE COLOMBIA<br>DEPARTAMENTO DE SANTANDER<br>MUNICIPIO DE CHIMA |  |
| Código: F-GD-03                                                                   | Carta u Oficio<br>Versión: 0      Fecha: 03/01/2011                      | Página 1 de 2                                                                      |

#### A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio del presente hago constar que la doctora **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, mayor de edad identificada con la cedula de ciudadanía número 1'098.732.031 expedida en Bucaramanga Sder, se desempeñó como Psicóloga de la Comisaria de Familia del Municipio de Chima Sder, desde el doce (12) de enero de dos mil cinco (2005), hasta la fecha, dentro de sus labores esta prestar los servicios profesionales de apoyo Psicológico para atención a los niños, niñas, adolescentes y/o víctimas de la violencia intrafamiliar y/o abuso sexual, maltrato infantil y en general el requerido con el fin de lograr el fortalecimiento de la Comisaria de Familia Municipal de Chima Sder.

Hago constar que durante el tiempo que la doctora **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, se desempeñó como Psicóloga del Municipio de Chima Sder, siempre mostro una conducta excelente, buenas relaciones con sus compañeros de trabajo y siempre estuvo atenta para recibir y solucionar los problemas de la comunidad, sobresaliendo puesto que al evaluar los indicadores de desempeño de la Comisaria de Familia, la doctora **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ**, permitió disminuir los índices de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil en el ejercicio de su labor con una excelente ética, para lo cual la recomiendo en cualquier parte como una profesional de la Psicológica.

Se expide en Chima Santander, a los dieciocho (18), días del mes de diciembre de dos mil quince (2015), a solicitud de la interesada.

Atentamente,



**NELSON CADENA ACUÑA**  
 Alcalde Municipal Chima Sder



Cooperativa de Ahorro y Crédito para el Desarrollo Solidario de Colombia Ltda

AH-F-047

COOMULDESA

## CONSTANCIA DE TITULARIDAD DE LA CUENTA PERSONA NATURAL

### COOMULDESA CERTIFICA:

Que Paola Andrea Barrios Florez identificado con cedula de ciudadanía No. 1098732031, expedida en Bucaramanga, está vinculado a nuestra Cooperativa desde el día 5 del mes septiembre del año 2016, y posee los siguientes productos de ahorros.

| NÚMERO DE CUENTA | PRODUCTO                      | FECHA APERTURA | ESTADO        | COD. PROD. REDCOOP |
|------------------|-------------------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 0027001000682    | Banco Cooperativo Coopcentral | 05/09/2016     | ACTIVO NORMAL | 0027001000682      |

*Banco Cooperativo Coopcentral*

Se expide esta constancia a los catorce días (14) días del mes de Agosto del año 2025, en la ciudad de Bucaramanga, a solicitud del interesado.



ASESOR COMERCIAL AUXILIAR  
Firmas Autorizadas

BUCARAMANGA - SANTANDER  
Coomuldesa oficina bucaramanga



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1098732031** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1098732031                      |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ        |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/05/2022                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 142                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 47                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 14/08/2025

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

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

**[epssura.com](http://epssura.com)**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ identificado(a) con C.C No. 1.098.732.031, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz  
Gerente Cuentas y Recaudo

Bogotá, 14 de 08 de 2025

**SEÑORES:**

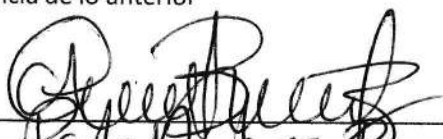
**CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**

**Atn: Proceso de gestión humana**

**ASUNTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

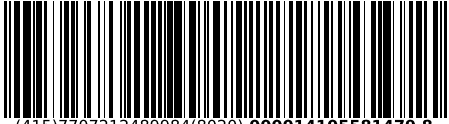
Yo Paola Andrea Bana Florez identificado con cedula de ciudadanía N°: 1098732031 Bga, y en calidad de prestador de servicio, para el proyecto al cual ingreso, autorizo a la Corporación Infancia y Desarrollo a que me haga afiliación como independiente a la ARL Axa Colpatria.

En constancia de lo anterior

FIRMA: 

NOMBRE: Paola Andrea Bana Florez

N° De CC: 1098732031 de Bga

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | Formulario del Registro Único Tributario          |                                               |                                                                                                                                               |                       | 001                         |  |
| 2. Concepto 1 3 Actualización de oficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                   |                                               | 4. Número de formulario 141055814798                                                                                                          |                       |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                                                   |                                               | <br>(415)7707212489984(8020) 000014105581479 8              |                       |                             |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 0 9 8 7 3 2 0 3 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 6. DV<br>7                                        |                                               | 12. Dirección seccional<br>Impuestos y Aduanas de Bucaramanga                                                                                 |                       | 14. Buzón electrónico<br>4  |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía 1 3 |                                               | 26. Número de Identificación<br>1 0 9 8 7 3 2 0 3 1                                                                                           |                       |                             |  |
| Lugar de expedición 28. País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               | 29. Departamento<br>Santander 1 6 9               |                                               | 30. Ciudad/Municipio<br>Bucaramanga 6 8                                                                                                       |                       | 0 0 1                       |  |
| 31. Primer apellido<br>BARRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | 32. Segundo apellido<br>FLOREZ                    |                                               | 33. Primer nombre<br>PAOLA                                                                                                                    |                       | 34. Otros nombres<br>ANDREA |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 38. País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | 39. Departamento<br>Santander 1 6 9               |                                               | 40. Ciudad/Municipio<br>Bucaramanga 6 8                                                                                                       |                       | 0 0 1                       |  |
| 41. Dirección principal<br>ED NEMESIS AP 404 BRR ALTOS DE PAN DE AZUCAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 42. Correo electrónico<br>pbarrios200412@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | 44. Teléfono 1<br>6 0 7 6 9 5 2 2 5 8             |                                               | 45. Teléfono 2<br>3 1 0 3 1 2 5 3 3 0                                                                                                         |                       |                             |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                   |                                               | Ocupación                                                                                                                                     |                       |                             |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               | Actividad secundaria                              |                                               | Otras actividades                                                                                                                             |                       | 52. Número establecimientos |  |
| 46. Código<br>8 6 9 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 9 0 4 0 2 | 48. Código<br>7 2 2 0                             | 49. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 5 0 1 1 3 | 50. Código<br>1 2                                                                                                                             | 51. Código<br>2 4 4 5 |                             |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 53. Código 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<br>05- Impto. renta y compl. régimen ordinario<br>22- Obligado a cumplir deberes formales a<br>49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                                   |                                               | Exportadores                                                                                                                                  |                       |                             |  |
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                                                   |                                               | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3<br>57. Modo<br>58. CPC                                                                                      |                       |                             |  |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                                                   |                                               |                                                                                                                                               |                       |                             |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                                   |                                               | 60. No. de Folios: 0                                                                                                                          |                       |                             |  |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.<br>Firma del solicitante: |                                               |                                                   |                                               | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.<br>Firma autorizada:<br><br>984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA<br>985. Cargo |                       |                             |  |

Ciudad: Bga

Fecha: 14/08/2025

SEÑORES  
CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO  
Ciudad

REF: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.

**CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Yo Paola Andrea Barrero f. identificado con cédula de ciudadanía No. 1098732031 expedida en Bucaramanga con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

SI( )

NO (x)

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

  
C.C. 1098732031 de Bga



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:03:49 PM horas del 08/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098732031**

Apellidos y Nombres: **BARRIOS FLOREZ PAOLA ANDREA**

### 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.



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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

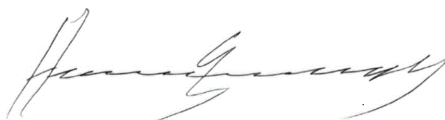
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 08 de agosto de 2025, a las 12:11:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1098732031             |
| Código de Verificación | 1098732031250808121120 |

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

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 278035107



PIB  
12:10:02  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de agosto del 2025

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) PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098732031:

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>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento 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.

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 12:08:50 horas del 08/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1098732031**,  
Apellidos y Nombres **BARRIOS FLOREZ PAOLA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **LA CID**, con NIT **830082544-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/08/2025 12:13:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1098732031** y Nombre: **PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ.**

## 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. **121208178** . 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

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**

**FORMATO DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES  
(BENEFICIOS TRIBUTARIOS)**

**CERTIFICACIÓN:**

Yo, Paola Andrea Barios Florez, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) NIT ( ) No. 1098732031, con domicilio principal en la ciudad de Bucaramanga, dirección Cra 49 #53-200 en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

| NOMBRES Y APELLIDOS    | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | CALIDAD DE DEPENDENCIA |
|------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|
| Isabella Barios Florez | 1097505467             | 20 04 2012          | Hija                   |
| Taliana Varguez Barios | 1186964212             | 20 07 2017          | Hija                   |
|                        |                        |                     |                        |
|                        |                        |                     |                        |
|                        |                        |                     |                        |
|                        |                        |                     |                        |

**NOTA:**

El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

La anterior afirmación para optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los 14 días del mes Agosto del año 2025, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, para que surta los efectos legales.

**FIRMA**

Nombres y Apellidos  
Tipo de Documento  
Nº de documento

Paola Andrea Barios Florez  
CC  
1098732031 de Bga

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 \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

1098732031

Primer Nombre

PAOLA

Primer Apellido

BARRIOS

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

2982

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-08-14→5:56:25 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D        |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|----------|
| CC                  | 1098732031          | PAOLA         | ANDREA         | BARRIOS         | FLOREZ           | Vigente                | <u>V</u> |

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) PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ identificado(a) con CC 1098732031 registra La siguiente información:

2025-08-14→5:56:25 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora           |
|---------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| UNV           | Local                   | PSICOLOGIA            | 2018-02-01                               | 610                 | DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER |

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

|                                                                                                                                                                    |                                               |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <p>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo<br/><small>Nit. 870082944-7</small></p> | <b>FORMATO</b><br><b>AUTODECLARACION PEAS</b> | <b>FO-ASIGI-96-00</b><br><b>FUMD: 15/08/2024</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|

### AUTODECLARACIÓN EN CONDUCTAS DE EXPLOTACIÓN Y ABUSO SEXUAL

Yo Paola Andrea Barrios Flores identificado con número de cédula 1098732031 Bga declaro que no he cometido conductas de Explotación y Abuso Sexual, por lo tanto, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Corporación Infancia y Desarrollo LA CID, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se firma en la ciudad de Bucaramanga, el día 14 (14) de Agosto de 2025

Firma:   
Nombre: Paola Andrea Barrios Flores  
Cédula: 1098732031 de Bga

# Certificate of Completion

PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ

has successfully completed

**Prevención de la explotación y los abusos sexuales (PSEA)**

provided by

UNICEF



10 de octubre de 2024

Hannan Sulieman  
Deputy Executive Director-Management, UNICEF

ummQWIXiwt



Note: This certificate is issued by UNICEF through the Agora platform. It may not be recognized by other institutions – including third party vendors or universities from which content may be offered in this course or programme.



Corporación  
Infancia y Desarrollo  
Nº 10000944-7

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN  
PEAS

CÓDIGO: FO-GH-02-04-00  
FUMD: 26/05/2025

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN  
PEAS

Recuerde que no es suficiente con preguntar sobre los antecedentes delictivos del candidato, ya que en la mayoría de los incidentes de EAS no se llegan a presentar cargos penales.

|                                               |                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS:                           | NACIONALIDAD:                    |
| Paola Andrea Barras Flores                    | Colombiana                       |
| NÚMERO DE PASAPORTE O DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | LUGAR DE RESIDENCIA:             |
| 1098732031                                    | Bucaramanga                      |
| FECHA DE NACIMIENTO:                          | NÚMERO DE TELÉFONO:              |
| 23/12/1992                                    | 3103125330                       |
| LUGAR DE NACIMIENTO:                          | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: |
| Barrancabermeja                               | pbarras200412@gmail.com          |

¿Alguna vez ha sido objeto de investigación policial o de un proceso judicial, que no aparezca en sus antecedentes penales, en este país o en otro, a consecuencia de una acusación de abuso sexual o conducta sexual indebida contra menores o adultos? ☐ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

¿Alguna vez se le han aplicado sanciones (disciplinarias, administrativas o penales) derivadas de una investigación en relación con un caso de explotación y abusos sexuales o de conducta sexual indebida, o ha dejado un empleo cuando había una investigación pendiente y se ha negado a cooperar con dicha investigación? ☐ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más

información a continuación.

¿Alguna vez ha sido señalado por un departamento gubernamental o por una autoridad judicial u otra autoridad competente, en este país o en otro, como una amenaza o una posible amenaza para los niños o los adultos vulnerables? ☐ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

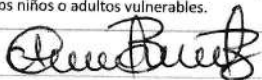
¿Alguna vez ha sido objeto de un procedimiento disciplinario o lo está siendo ahora? ☐ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

¿Ha dejado algún trabajo cuando había una investigación pendiente y se ha negado a cooperar en dicha investigación? ☐ SÍ ☒ NO En caso afirmativo, proporcione más información a continuación.

**CONFIRMACIÓN DE LA DECLARACIÓN (MARQUE LAS CASILLAS SIGUIENTES)**

1. Acepto que la información aquí facilitada se tratará, de manera confidencial, en el marco del proceso de reclutamiento. entiendo que existe la posibilidad de que una oferta de trabajo se retire o se anule si no comparto la información oportuna y la organización tiene conocimiento de esta información posteriormente.
2. Acepto notificar a la organización, en un plazo de 24 horas, la incoación de cualquier investigación sobre mí por parte de un organismo u organización en relación con mi conducta con niños, jóvenes o adultos vulnerables.
3. Por la presente, autorizo a aquellas personas, organizaciones o instituciones educativas o de formación que haya señalado como referencia en mi solicitud a divulgar, de buena fe y confidencialmente, la información que obre en su poder con relación a mis calificaciones o mi idoneidad para el puesto.  
No exigiré responsabilidades a ningún empleador, persona o institución educativa o de formación por la información que proporcione sobre mí y que sea necesaria e inherente al proceso de empleo.
4. Entiendo que la organización puede proporcionar a otras personas u organizaciones la información incluida en este formulario o la enviada por terceros, si así lo considera necesario para proteger a otros niños o adultos vulnerables.

FIRMA:



NOMBRE Y APELLIDOS EN MAYÚSCULAS:

PAOLA ANDREA BARRIOS FLORES

FECHA:

14/08/2025

# ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CONDICIONES DE SALUD / SG-SST

Se registró tu respuesta.

El formulario se creó en Corporación Infancia y Desarrollo. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formulario



**MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUNTES**  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244  
Teléfono 3164392382 - 6167885

DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203  
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

## INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post Incapacidad ☐ Caso Ocupacional ☐  
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

| DATOS DEL PACIENTE                  |                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| Fecha: JUNIO/20/2024                | Empresa: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO |
| Nombre: PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ | Doc. Identidad: 1.098.732.031              |
| Cargo: PROFESIONAL PSICOSOCIAL      |                                            |



### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

|                                                                                 |                                                                       |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR: NORMAL | 2. OPTOMETRIA BILATERAL: NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL        | 3. AUDIOMETRIA BILATERAL: DENTRO DE LIMITES NORMALES |
| 4. FONIATRIA (TAMIZAJE DE VOZ): NORMAL PARA TONOS AGUDOS Y GRAVES.              | 5. GLICEMIA : NO REALIZADA                                            | 6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NO REALIZADO            |
| EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL                  | OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL | RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES    |

| EXAMEN DE INGRESO                                                     | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACION | EXAMEN PERIODICO                                           | SI | NO |
|-----------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|-------------------|------------------------------------------------------------|----|----|
| Apto para el cargo                                                    | X  |    |           |                   | Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones |    |    |
| Aplazado                                                              |    |    |           |                   | Requiere restricciones de actividades                      |    |    |
| Apto con restricciones                                                |    |    |           |                   | Requiere reubicación laboral                               |    |    |
| Apto para trabajar en alturas                                         |    |    |           |                   | Requiere reubicación laboral permanente                    |    |    |
| Apto para trabajar en espacios confinados                             |    |    |           |                   | Apto para trabajar en alturas                              |    |    |
| Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido |    |    |           |                   | Apto para trabajar en espacios confinados                  |    |    |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista      |    |    |           |                   | EXAMEN DE RETIRO                                           | SI | NO |
|                                                                       |    |    |           |                   | Sospecha de Enfermedad Profesional                         |    |    |
|                                                                       |    |    |           |                   | Secuelas de Accidente de Trabajo                           |    |    |
|                                                                       |    |    |           |                   | Examen Físico Normal                                       |    |    |

### PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

|          |    |    |   |     |    |    |     |    |    |
|----------|----|----|---|-----|----|----|-----|----|----|
| REMISION | SI | NO | X | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|----------|----|----|---|-----|----|----|-----|----|----|

  
Dr. Luis Eduardo Saavedra Puentes  
Especialista en Salud Ocupacional  
Licencia 024244

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUNTES  
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST  
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador  
CC:

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica



|            |                        |                  |            |             |
|------------|------------------------|------------------|------------|-------------|
| RESOLUCION | Código:<br>AP-GJ-RS-03 | Gestión Jurídica | Versión: 3 | Pág. 1 de 1 |
|------------|------------------------|------------------|------------|-------------|

## RESOLUCION NÚMERO 024244 DE

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

## CONSIDERANDO:

Que **SAAVEDRA PUENTES LUIS EDUARDO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91267852 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

## RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **SAAVEDRA PUENTES LUIS EDUARDO**. - MEDICO Y CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91267852, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

## NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 16 DIC 2015

  
**ALIX PORRAS CHACON**  
Secretaria de Salud Departamental

VoBo: Gladys Helena Higuera Sierra – Directora Administrativa  
William Mantilla Serrano – Director de Desarrollo Vigilancia y Control  
Revisó: Yelitza Hernández González – Coordinador Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.  
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: b96ac2a2-4a34-4d7c-806f-f319a5729661

Nombres y apellidos / Full name

PAOLA ANDREA BARRIOS FLOREZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 8 7 3 2 0 3 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

23/12/1992

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

000000

Correo electrónico / e-mail

notiene@notiene.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                       | Dosis   | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora                       | Nombres y apellidos del vacunador |
|------------------------------|---------|---------------------|-------|------|-------------|----------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|                              |         | Date of vaccination |       |      |             |                |                                      |                                   |
| Vaccine                      | Doses   | Día                 | Mes   | Año  | Laboratory  | Vaccine Batch  | Administering Center                 | Full name Vaccinator              |
|                              |         | Day                 | Month | Year |             |                |                                      |                                   |
| TD Adulto                    | Primera | 20                  | 11    | 2013 |             | 024L1009C      | BUCARAMANGA CDI S.A                  |                                   |
| VPH                          | Primera | 29                  | 9     | 2015 |             | J006326        | CHIMA ESE HOSPITAL SAN ROQUE         |                                   |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual   | 29                  | 9     | 2015 |             | V501048        | CHIMA ESE HOSPITAL SAN ROQUE         |                                   |
| TD Adulto                    | Segunda | 29                  | 12    | 2016 |             | D2277          | BUCARAMANGA FOSCAL SEDE CABECE       |                                   |
| TD Adulto                    | Tercera | 9                   | 2     | 2017 |             | D2277          | BUCARAMANGA FOSCAL SEDE CABECE       |                                   |
| TdaP Acelular Gestante       | Anual   | 3                   | 5     | 2017 |             | AC37B209DA     | SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL        |                                   |
| COVID SINOVAC PARTICULAR     | Primera | 18                  | 9     | 2021 |             | 202106096i     | BUCARAMANGA IPS COMFENALCO SDER      | LUISA KARINA CANDELA COTE         |
| COVID SINOVAC                | Segunda | 22                  | 10    | 2021 | Sinovac     | C202107137     | Betulia Centro de salud Tienda Nueva | ANA MILENA ARDILA ROJAS           |
|                              |         |                     |       |      |             |                |                                      |                                   |
|                              |         |                     |       |      |             |                |                                      |                                   |
|                              |         |                     |       |      |             |                |                                      |                                   |
|                              |         |                     |       |      |             |                |                                      |                                   |
|                              |         |                     |       |      |             |                |                                      |                                   |
|                              |         |                     |       |      |             |                |                                      |                                   |

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

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

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

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

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

## Certificado internacional de la vacunación o de la profilaxis

International certificate of vaccination or prophylaxis  
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)

PAOLA OLIVERA BORRERO FLORES

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento

01/23/92

date of birth/ né(e) le

Sexo

F.

Sex/ de sexe

Nacionalidad

colombiana

nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación

7.3 92122300856

national identification document/ document d'identification national

| Vacuna o profilaxis            | Fecha    | Firma y título del profesional que supervisa la aplicación |
|--------------------------------|----------|------------------------------------------------------------|
| Vaccine or prophylaxis         | Date     | Signature and professional status of supervising clinician |
| Vaccin ou agent prophylactique | Date     | Signature et titre du médecin responsable                  |
| F. amarilla                    | sep 4/04 | [Signature]                                                |
|                                |          |                                                            |
|                                |          |                                                            |
|                                |          |                                                            |
|                                |          |                                                            |
|                                |          |                                                            |
|                                |          |                                                            |

Cuya firma aparece a continuación:

PAOLA OLIVERA BORRERO FLORES

whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:  
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

fiebre amarilla

nombre de la enfermedad / name of disease or condition / nom de la maladie ou de l'affection

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations

Conformément au Règlement sanitaire international

| Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis             | Certificado válido               |            | Sello oficial del centro de vacunación     |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|--------------------------------------------|
|                                                                   | desde:                           | hasta:     |                                            |
| Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis              | Certificate valid from:          | until:     | Official stamp of the administering centre |
| Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot | Certificat valable à partir du : | jusqu'au : | Cachet officiel du centre habilité         |
| 6269                                                              | sep 1/04                         | sep 1/04   | exp 1/04                                   |
|                                                                   |                                  |            |                                            |
|                                                                   |                                  |            |                                            |
|                                                                   |                                  |            |                                            |
|                                                                   |                                  |            |                                            |
|                                                                   |                                  |            |                                            |
|                                                                   |                                  |            |                                            |

|                                                                                                                                                   |                                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  <p>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo<br/>Nº: 83082544-7</p> | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

## **CÓDIGO DE CONDUCTA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO - LA CID**

### **1. INTRODUCCIÓN**

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, es una organización no gubernamental de carácter humanitaria, sin ánimo de lucro la cual responde a necesidades y derechos de las personas víctimas independientemente de su edad, género, condición social, etnia, religión siendo una oportunidad de transformación social y desarrollo.

El presente Código de conducta tiene como objetivo establecer los principios, valores y normas que deben guiar el comportamiento de todos los colaboradores que hacen parte de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, dando alcance a personal que actué en nombre de la organización.

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, se compromete a promover un entorno de trabajo ético, seguro, inclusivo y respetuoso, en coherencia con su misión, visión y objetivos institucionales. Este Código refleja nuestro compromiso con los derechos humanos, la dignidad de las personas, la transparencia, la rendición de cuentas y la prevención de cualquier forma de explotación, abuso, discriminación, acoso o corrupción.

El cumplimiento de este Código es obligatorio y constituye un componente esencial para preservar la integridad y la credibilidad de nuestras acciones. Todas las personas vinculadas en la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID deben leer, comprender y actuar conforme a lo aquí dispuesto. El desconocimiento de estas normas no exime de su responsabilidad.

Este documento no pretende cubrir todas las situaciones posibles, pero ofrece una guía clara sobre los estándares de comportamiento esperados. En caso de duda, se deberá actuar con prudencia, ética y conforme a los valores fundamentales de nuestra organización, y se recomienda buscar orientación a través de los canales establecidos.

### **2. ALCANCE**

El Código de Conducta se aplica para el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices que trabajan en los programas de desarrollo y asistencia humanitaria para La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.

Todos los miembros de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, son exhortados a promover el espíritu y principios del Código de Conducta. Este será firmado por parte del personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, para lo cual todos serán responsables de garantizar que se cumpla el presente Código.

|                                                                                                                                                   |                                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  <p>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo<br/>Nº: 83082544-7</p> | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

### 3. CÓDIGO DE CONDUCTA DE LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO

El Código de Conducta de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, menciona la relación de la organización con el respeto, por el bienestar y los derechos de las personas con quienes trabajan en el contexto del desarrollo y la asistencia humanitaria. Está diseñado para ayudar al personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices a comprender mejor las obligaciones que se imponen sobre su conducta, en cuanto a evitar lo siguiente: explotación y abuso sexuales (EAS), todas las formas de acoso, fraude y corrupción, infracciones de seguridad y prácticas reñidas con la ética profesional.

Por lo tanto, todo el personal de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe, en todo momento:

- Respetar y promover los derechos humanos fundamentales sin discriminación alguna.
- Tratar a todas las comunidades con quienes trabajamos (a saber, poblaciones afectadas por crisis, desplazados internos y refugiados) de manera justa y con respeto, cortesía, dignidad y conforme al Derecho Internacional y las Normas Internacionales.
- Promover la aplicación del Código de Conducta de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID contribuyendo a la creación y mantenimiento de un entorno que prevenga la explotación y abuso sexuales, el abuso de poder y la corrupción.
- Informar inmediatamente cuando tenga conocimiento, preocupación o sospecha sustanciada de infracciones al Código al superior inmediato o directivo dentro de la organización (acorde al procedimiento establecido por los mecanismos de queja de la organización), quien se espera adopte rápidamente medidas de investigación.
- Estar consciente de que no revelar o retener a sabiendas información sobre denuncias, preocupaciones o sospechas sustanciadas de infracciones a este Código de Conducta constituye causal de medidas disciplinarias.
- Sentirse protegido por el compromiso de La Corporación Infancia y Desarrollo de dotar de un entorno seguro a través del cual manifestar una preocupación, sin temor a represalias o trato injusto, tal como se expresa en la Política de quejas y procedimientos disciplinarios de la Corporación Infancia y Desarrollo.
- Mantener los más altos estándares de rendición de cuentas, eficiencia, competencia, integridad y transparencia en el suministro de bienes y servicios en la ejecución de su trabajo.
- Cooperar cuando se le solicite con cualquier investigación sobre presuntas infracciones relacionadas con este Código.

### 4. EXPLOTACIÓN Y ABUSOS SEXUALES

- Explotación y abuso sexuales como formas de violencias. La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID reconoce que la explotación y el abuso sexuales pueden producirse en cualquier entorno de desarrollo o asistencia humanitaria. Sin embargo, en las crisis humanitarias, la dependencia de las poblaciones afectadas respecto de los organismos humanitarios para cubrir sus necesidades básicas crea una responsabilidad ética adicional y el deber de diligencia por parte de todo el personal de la Corporación Infancia y Desarrollo.

|                                                                                                                                                                 |                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  <b>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo</b><br><small>Nº: 83082544-7</small> | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                                                                                                 | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

- La explotación y los abusos sexuales (EAS) contra las personas que solicitan asistencia son inaceptables y están prohibidos. Se trata de un abuso de confianza muy grave que afecta seriamente a la rendición de cuentas a las personas a quienes prestamos servicio. Los actos de este tipo violan los derechos humanos de las víctimas y los sobrevivientes, perjudican gravemente la credibilidad de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID y la comunidad humanitaria y de desarrollo y pueden llegar a poner en peligro nuestra capacidad de actuación.
- La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, cuenta con medidas en vigor para prevenir y combatir los casos de explotación y abusos sexuales perpetrados por su personal las cuales están descritas en la política de PEAS.
- Para proteger a las partes interesadas de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID en todas las situaciones, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe estando de servicio y fuera de servicio:
  - Entender que la explotación y el abuso sexuales por parte de personal que participa en trabajo de desarrollo y asistencia humanitaria constituyen actos de conducta indebida grave y, por lo tanto, son causal de rescisión del empleo.
  - No sostener nunca ninguna actividad sexual con niños Y/O menores de 18 años independientemente de cuál sea localmente la edad de mayoría o edad de consentimiento. La actividad sexual con niños está prohibida dentro de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID. La equivocación con respecto a la edad de un niño no constituye atenuante.
  - No aceptar, solicitar o participar en la “compra” de actividades sexuales, ni lucrar con éstos. Esto es aplicable al personal de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, tanto dentro como fuera del horario laboral.
  - Participar en actividades sexuales con trabajadores sexuales, independientemente de la legislación del país.
  - No aprovechar nunca la vulnerabilidad de ningún grupo beneficiario en el contexto del trabajo de desarrollo y asistencia humanitaria, especialmente mujeres y niños, ni permitir que ninguna persona sea puesta en situaciones comprometedoras.
  - Saber que el ofrecimiento de dinero, empleo, bienes o servicios a cambio de relaciones sexuales, incluyendo favores sexuales u otras formas de conducta humillante, degradante o explotadora, está prohibido. Esto incluye el ofrecimiento de la asistencia que se debe a los beneficiarios.
- No abusar nunca de una posición para retener la ayuda humanitaria o de desarrollo, o para dar un trato preferencial, con el fin de solicitar favores sexuales, regalos, pagos de cualquier tipo, o ventaja.
- Dada la mayor vulnerabilidad de las poblaciones en situaciones de crisis, el personal está prohibido de sostener relaciones sexuales con miembros de las poblaciones afectadas por crisis, ya que tales relaciones se basan en una dinámica de poder inherentemente desigual y menoscaban la credibilidad e integridad del trabajo de asistencia humanitaria.

|                                                                                   |                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

- Al trabajar con niños, evitar acciones o comportamientos que puedan constituir prácticas deficientes y nunca actuar de manera que se pueda colocar a un niño en riesgo de abuso.
- Cuando se realiza trabajo de desarrollo a largo plazo, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, que sostenga una relación sexual a largo plazo con un miembro de la comunidad que se beneficia de un programa de La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID , con otro personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices es exhortado a informar a su superior acerca de la relación para evitar la percepción de un conflicto de intereses.
- La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, promueve la integración de una perspectiva de género en los esfuerzos para prevenir y responder eficazmente a la explotación y abusos sexuales.
- Por lo tanto, todo el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe aceptar:
  - Tratar a todas las personas con equidad y respeto, cortesía y dignidad, con arreglo a la legislación internacional sobre derechos humanos y derechos del niño y la política de PEAS de La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.
  - Prestar asistencia a las poblaciones afectadas y los beneficiarios de la organización y garantizar su seguridad, su dignidad y el acceso efectivo a los servicios prestados, en consonancia con el principio de no hacer daño.
  - Ayudar a crear y mantener un entorno que prevenga la explotación y los abusos sexuales y promueva la aplicación de este código de conducta.
  - Notificar de inmediato toda denuncia, sospecha o preocupación con relación al incumplimiento de las normas establecidas en este código de conducta.
  - No realizar intencionadamente acusaciones falsas contra ningún otro trabajador por infringir las disposiciones del código de conducta ni divulgar afirmaciones falsas sobre compañeros ni sobre el personal de otros organismos.
  - Asistir a los cursos de capacitación obligatorios (presenciales o virtuales) en materia de protección contra la explotación y los abusos sexuales.

## 5. ACOSO SEXUAL

- El personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo no cometerá nunca ningún acto o forma de acoso que podría causar daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a individuos, especialmente mujeres y niños. La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID no tolera ninguna forma de infracción en el lugar de trabajo tales como acoso (incluido el acoso sexual, de género y racial), intimidación y discriminación, es decir, ningún comentario o comportamiento impropio que sea ofensivo, degradante, humillante, despectivo, ni ningún otro comportamiento inadecuado que no respete la dignidad de un individuo.

|                                                                                                                                                   |                                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  <p>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo<br/>Nº: 83082544-7</p> | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

- Por lo tanto, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, debe aceptar:
  - Tratar a todas las personas con dignidad y respeto en el lugar de trabajo. Hablar con cortesía y amabilidad, escuchar atentamente y considerar el bienestar de los demás.
  - No cometer nunca ningún acto o forma de acoso que podría causar daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o emocional a individuos, especialmente mujeres, niñas, niños y personas con discapacidades.
  - No incurrir nunca en ningún comportamiento, deliberado o de otro tipo, que haga que la persona receptora se sienta perseguida, vulnerable o impotente.
  - Comprender lo que constituye acoso, reconocer signos iniciales de acoso sexual, de género y racial (entre otros), y adoptar medidas rápidas para prevenirlo y resolverlo.
  - No realizar intencionadamente acusaciones falsas contra ningún otro trabajador por infringir las disposiciones del código de conducta ni divulgar afirmaciones falsas sobre compañeros ni sobre el personal de otros organismos
  - Comprender lo que constituye intimidación, empoderar al personal que se vea afectado por ésta, desarrollar estrategias para reducirla y detenerla, y adoptar medidas disciplinarias necesarias contra quienes se encuentre que han cometido un acto o forma de acoso.
  - El comportamiento violento, acosador o discriminatorio de cualquier clase dirigido a otra persona en el lugar de trabajo o en las comunidades con quienes la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID trabaja es inaceptable y no será tolerado.

## 6. FRAUDE Y CORRUPCIÓN

El personal de La Corporación Infancia y Desarrollo –LA CID, nunca debe aprovecharse de su posición al trabajar con comunidades y socios de la organización. Por lo tanto, el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID debe en todo momento:

- Promover una cultura de honestidad y transparencia entre el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices y el personal directivo de la organización.
- Ser transparente en todas las transacciones financieras relacionadas con el trabajo.
- Nunca robar, malversar o apropiarse indebidamente de fondos o propiedades, garantizando que los recursos financieros y de otro tipo se utilicen únicamente para los fines previstos. Esto se aplica también a cualquier otro ingreso generado, tales como intereses recibidos o devengados por los fondos.
- Nunca participar en transacciones no efectuadas en condiciones de plena competencia, falsificación de documentos o cheques, lavado de dinero, recibir comisiones e influir en procesos de licitación para beneficio indebido y robo.
- Crear un entorno de trabajo donde las comunidades y el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices puedan de forma segura y confidencial plantear e informar de toda preocupación seria sobre sospechas de fraude y corrupción.
- Nunca apoyar a sabiendas a personas o entidades involucradas en actividades ilegales.
- Nunca destruir, falsificar, alterar u ocultar deliberadamente evidencia material de una investigación o hacer declaraciones falsas a los investigadores a fin de influir o impedir

|                                                                                   |                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

materialmente investigaciones sobre alegaciones corruptas, fraudulentas, coercitivas o cómplices.

- Llevar a cabo todas las actividades profesionales con arreglo a los procedimientos y prácticas internacionalmente aceptados, y mantener los más altos estándares de rendición de cuentas y transparencia en relación con las finanzas, administración y gobernanza, en lo pertinente.

## **7. PRÁCTICAS REÑIDAS CON LA ÉTICA PROFESIONAL**

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, promueve prácticas profesionales asentadas en la moral y la ética. Por lo tanto, todo el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices de la organización debe:

- Seguir siempre prácticas transparentes, responsables y honestas al recibir del público donaciones en efectivo destinadas a fines humanitarios o de desarrollo.
- Nunca utilizar o aceptar un soborno en forma de dinero, bienes o servicios para asegurar un contrato de servicios cuando se hacen tratos con proveedores en cualquier trabajo de desarrollo o asistencia humanitaria.
- Nunca tomar parte en actividades que generen lucro personal, organizacional o colectivo tales como comprar o vender cuando esas actividades puedan afectar o parecer afectar la credibilidad o integridad de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.
- Nunca participar en las ganancias o sobrantes presupuestarios como comisiones ilícitas, recortes o descuentos para beneficio personal o de la organización.
- Declarar a su empleador cualquier conflicto de intereses conocido o potencial (por ejemplo, relación directa con prestadores de servicios o proveedores de bienes para programas de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, etc.).
- Nunca aceptar ningún regalo u otros favores que puedan influir en el desempeño de las funciones o deberes del personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices. Los regalos se definen como, pero no únicamente: servicios, viajes, entretenimiento, bienes materiales, entre otros. Para respetar las tradiciones nacionales y locales y la hospitalidad convencional, pueden aceptarse pequeños obsequios como bolígrafos, calendarios, diarios de escritorio, etc.
- Nunca utilizar trabajo ilegal, trabajo infantil y trabajo forzoso en ninguna área de trabajo.
- Siempre pagar los impuestos estatales obligatorios y cumplir con la legislación nacional sobre sociedades y las normas internacionales.
- Siempre buscar los más altos estándares de salud, seguridad y medio ambiente en todo trabajo de programa.
- Asegurar, en lo posible, que los bienes adquiridos sean producidos y entregados en condiciones que no impliquen abuso o explotación de ninguna persona y tengan el menor impacto negativo sobre el medio ambiente.
- Nunca utilizar o distribuir productos o suministros peligrosos conocidos en ningún entorno de desarrollo o asistencia humanitaria.

|                                                                                   |                                     |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>           | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

## 8. INFRACCIONES DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

La Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, asigna una prioridad máxima a la seguridad y protección de todo el personal y de aquellos con quienes trabajamos, y se esforzará por hacer todo lo que razonablemente pueda para garantizar que el personal esté seguro en el desempeño de su trabajo. La seguridad y protección es una responsabilidad individual, así como organizacional, y por lo tanto todo el personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, de la organización debe:

- Adherir a los principios y directrices de seguridad y protección de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID o sus propias políticas y procedimientos organizacionales de seguridad y protección.
- Nunca utilizar o poseer armas o municiones de ningún tipo mientras esté de misión.
- Nunca conducir un vehículo durante el servicio bajo la influencia del alcohol ni ninguna sustancia ilegal, y cumplir con las leyes nacionales.

## 9. NORMAS PARA EL USO ADECUADO DE LAS INSTALACIONES DE LAS SEDES DE LA CID

El uso de los espacios en las sedes de LA CID debe hacerse de manera responsable, segura, respetuosa y colaborativa, con el fin de promover un ambiente profesional. En este sentido, se deberán observar las siguientes conductas:

- Mantener limpios y ordenados los espacios de las Sedes (Salas de reuniones, baños, cafetería, oficinas, recepción)
- No dejar pertenencias personales en áreas comunes
- Utilizar los espacios comunes de forma equitativa y compartida, respetando los turnos y necesidades del equipo.
- Abstenerse de utilizar los espacios de las sedes para actividades personales prolongadas, como dormir, consumir alimentos en exceso o realizar reuniones de carácter privado no relacionadas con el desarrollo de las actividades propias del proyecto.
- Se prohíbe el consumo, fabricación, distribución, venta o posesión de sustancias psicoactivas (incluyendo drogas ilegales, estimulantes, depresoras, alucinógenas, de origen natural o sintético, drogas emergentes y sustancias lícitas como alcohol y tabaco) durante la jornada laboral, en las sedes de la organización y en todas las actividades que se ejecuten en representación de Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.
- Hacer uso adecuado de los recursos y mobiliario de la sede, evitando daños o mal uso de los mismos
- Reportar daños o en mal funcionamiento de las locaciones de las sedes
- No modificar ni reubicar mobiliario sin autorización
- Apagar luces y equipos al salir de los espacios
- Realizar uso razonable del consumo del agua y energía
- Respetar el horario establecido en las sedes para su uso y la atención de la población participante en la implementación de cada proyecto
- Mantener una actitud respetuosa y moderar el volumen de la voz para no interrumpir el desarrollo de las actividades

|                                                                                                                                                   |                                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  <p>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo<br/>Nº: 83008244-7</p> | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

- No obstaculizar el paso con cajas, muebles o pertenencias personales
- No permitir el ingreso de personas no autorizadas sin previa notificación
- Respetar los horarios establecidos para la atención de la población y abstenerse de ingresar a las sedes de LA CID fuera del horario autorizado.
- Evitar el uso de lenguaje ofensivo, actitudes discriminatorias o comportamientos que atenten contra la convivencia

## **10. QUEJAS Y PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS**

La violación de este Código de Conducta no será tolerada y, de conformidad con la legislación pertinente, puede conllevar a acciones disciplinarias internas, despido o incluso acción penal.

Cada miembro de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, tiene la responsabilidad de manejar y responder a toda alegación de mala conducta que reciba de sus partes interesadas acerca de sus empleados en consonancia con sus políticas organizacionales y medidas disciplinarias relacionadas. El personal directivo de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, cuenta con sistemas adecuados para investigar, registrar y tratar casos de mala conducta. En tal caso, se pondrá en práctica un mecanismo con el que se investiguen las quejas sin demora, manteniendo a la vez la discreción y la confidencialidad y protegiendo los derechos de todos los individuos involucrados. Las infracciones del Código de Conducta deben denunciarse inmediatamente al personal directivo y de acuerdo con los procedimientos de manejo de quejas de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID.

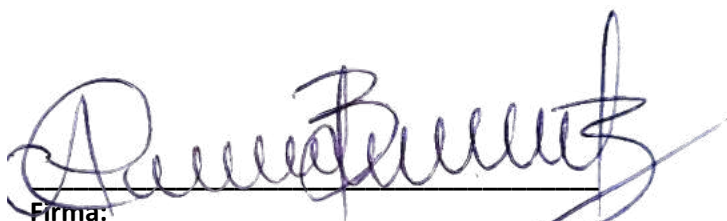
Quienes deseen presentar una queja sobre una presunta violación del Código por un miembro del personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, deben presentar su queja a su superior inmediato, supervisor del contrato, coordinador del proyecto o coordinador designado para quejas tan pronto como sea posible después de tomar conocimiento del asunto.

Todo personal laboral, contratistas, proveedores, voluntarios, pasantes, aprendices, de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, que deliberadamente haga acusaciones falsas sobre cualquier acción de otro miembro de la organización que constituya una infracción del Código de Conducta estará sujeto a medidas disciplinarias a discreción del empleador.

|                                                                                   |                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

## 11. COMPRENSIÓN DEL CÓDIGO

La persona abajo firmante (que actúa en nombre de la organización) ha leído, ha comprendido y está de acuerdo con el contenido de este documento, el Código de Conducta de la Corporación Infancia y Desarrollo – LA CID, que estará sujeto a revisión y exámenes ocupacionales periódicos. La persona firmante acepta las consecuencias de cualquier violación de cualquiera de las disposiciones anteriores conforme a este Código de Conducta.



Firma:

Nombre Completo: Paola Andrea Barrios Florez

C.C: 1098732031

Fecha: 14/08/2025

Lugar: Bucaramanga

|                                                                                                                                                                  |                                         |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
|  <b>Corporación<br/>Infancia y Desarrollo</b><br><small>NIT: 83008244-7</small> | <b>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATÉGICO</b> | <b>DOC-SIGI-06-02</b>   |
|                                                                                                                                                                  | <b>CÓDIGO DE CONDUCTA</b>               | <b>FUMD: 12/06/2025</b> |

|                                                         |                                                               |                                                              |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>ELABORADO:</b><br>Johana García<br>Responsable ASIGI | <b>APROBADO:</b><br>Claudia Gallego<br>Directora Programática | <b>AUTORIZADO:</b><br>Julia Elsa Solano<br>Directora General |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

| <b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                          |                         |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Versión No.</b>           | <b>Descripción del cambio</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>Fecha del cambio</b> |
| 1                            | Original                                                                                                                                                                                                                                 | 21/12/2017              |
| 2                            | Se actualiza el código mencionando las normas para el uso adecuado de las instalaciones de LA CID, se actualiza capítulo de fraude y anticorrupción, explotación y abuso sexual, acoso, se redacta la introducción y alcance del código. | 12/06/2025              |