FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Palacios	Perea	Hableidy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 35896315	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 12 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CHOCÓ

MUNICIPIO QUIBDÓ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 12A 13B 73 CASA LA FLORESTA

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO LA CEJA

TELÉFONO 3054498200 EMAIL hableidy1111@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1999
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		TRABAJO SOCIAL	12	2005	124073507

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL CHOCO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN PEDAGOGIA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA	12	2006
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		SERVICIO AL CLIENTE	12	2007
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		SALUD OCUPACIONAL	06	2008
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ETICA: PRINCIPIOS Y VALORES	06	2008
FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Capacitación y formación en competencias de la ley 1996 de 2019 y demás normas que lo complementan	12	2022
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	05	2023
EL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		TOMA DE DESICIONES CON APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	10	2023

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA - HOMO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* BELLO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4448330	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMA	*DEPENDENCIA* ATENCION A VICTIMAS CONFLCTO						*DIRECCIÓN* CALLE 38 55 310					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3116427536	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROF DE APOYO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* BIENESTAR A LOS APRENDICES						*DIRECCIÓN* CALLE 51 57 70					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3116427536	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL APOYO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE BIENESTAR AL APRENDIZ						*DIRECCIÓN* CARRERA 57 51 75					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 317747792	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA INCLUSION SOCIAL Y FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 78 65 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3177477927	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	12	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD -						*DIRECCIÓN* CARRERA 78 65 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 317747792	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	27	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD -						*DIRECCIÓN* CARRERA 78 65 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3103584003	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* GERENCIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD -						*DIRECCIÓN* CALLE 12A 13B 73					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3177477927	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	24	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DISCAPACIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 78 65 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	07	*Mes*	02	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA DE FAMILIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA DE FAMILLIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3177477927	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DISCAPACIDAD						*DIRECCIÓN* Cra 78 Nª 65 - 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA INSTITUCION UNIVERSITARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3177477927	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	12	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DISCAPACIDAD						*DIRECCIÓN* Cra 78 Nª 65 - 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	14	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTOR DE FAMILIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ACOM FAMILIAR Y COMUNITARIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR	*DEPENDENCIA* ACOM FAMILIAR Y COMUNITARIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOMUPEPE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CHOCÓ	*MUNICIPIO* MEDIO BAUDÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137151728	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* AREA DE APOYO PSICOSOCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 1 1 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR	*DEPENDENCIA* ACOM FAMILIAR Y COMUNITARIO						*DIRECCIÓN* Carrera 50 No. 44-27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ACOM FAMILIAR Y COMUNITARIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS LA CIS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3547140	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	11	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTOR DE FAMILIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 63A A 32D 31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO UNIDOS 2017			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* LA CEJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8629678	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* PROSPERIDAD SOCIAL -RED UNIDOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 49 72 148					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3103584003	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	05	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* A TERMINO FIJO						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	23	*Mes*	05	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA DE FAMILLIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	23	*Mes*	05	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO 08	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑMIENTO FAMILIAR Y COMUN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	12	*Año*	2016	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	01	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTOR DE FAMILIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	19	*Mes*	07	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIA MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIA MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CONCIVICA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4445944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2014	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE MEDELLIN SOLIDARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 9 SUR 44 52					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CONCIVICA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4445940	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE MEDELLIN SOLIDARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 9 SUR 44 52					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTOR	*DEPENDENCIA* UNIDAD FAMILIAS MEDELLIN						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 44 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD METROSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5117505	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	08	*Año*	2012	*Día*	20	*Mes*	11	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO PARA LA FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 50N ° 44 - 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS CIS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3547140	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE MEDELLIN SOLIDARIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 63A A 32D 31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS CIS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3547140	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	07	*Año*	2011	*Día*	18	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE MEDELLIN SOLIDARIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 63A A 32D 31					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Asocomunal San Carlos			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN CARLOS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3173094933	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	03	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* INTER. APOYO PSICOSOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 21 21 80 A media cuadra del parque						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA I. E ACISCOM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* LA CEJA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	08	*Año:* 2007	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2007	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 17 - 13B 65						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO DE APRENDISAJE SENA CHOCO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CHOCÓ	*MUNICIPIO* QUIBDÓ					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 5760000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	22	*Mes:*	03	*Año:* 2007	*Día:*	18	*Mes:*	05	*Año:*	2007	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 1 - 28 71						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento La Ceja, 27 de Julio del 2026

Hableidy Palacios Perea

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La Ceja Antioquia, 27 de julio de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL DE LA CEJA
Municipio de la Ceja

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente a las Entidades Estatales para que puedan consultar mis bases de datos para fines institucionales, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, verificación de información aportada mediante certificados y documentos, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el SECOP, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Se suscribe en la ciudad de La Ceja Antioquia, el día 27 de Julio de 2026

Cordialmente,

Hableidy Palacios Perea
HABLEIDY PALACIOS PEREA
CC. 35.896.315

HOSPITAL
DE LA CEJA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

La Ceja, 27 de julio de 2026

Yo, **HABLEIDY PALACIOS PEREA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **35.896.315** de **Quibdó**, autorizo a la E.S.E. Hospital de La Ceja del Municipio de La Ceja del Tambo – Departamento de Antioquia, para que se realice la consulta sobre inhabilidades por delitos sexuales contra menores de 18 años, de acuerdo a lo definido en el Decreto 753 de 2019, artículo 2, parágrafo 2, el cual establece: "Será responsabilidad de las entidades públicas y privadas obligadas a consultar el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, obtener la autorización previa, expresa y escrita del aspirante al cargo, u oficio, la cual deberá reposar dentro de la documentación correspondiente al proceso de selección dirigido a su vinculación laboral, contractual o reglamentaria, según el caso".

Atentamente,

Hableidy Palacios Perea

HABLEIDY PALACIOS PEREA
CC 35.896.315

HOSPITAL DE LA CEJA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	**DECLARACION DE NO INHABILIDADES NI INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR**	**Pagina 1 de 1** **Código:** **Versión: 002** **Fecha de Actualización: 30 de diciembre de 2021** **Elaborado por: Auxiliar Administrativo Talento Humano**

La Ceja del Tambo,27 de julio de 2026

Señores:
E.S.E HOSPITAL DE LA CEJA
La Ceja

Yo **HABLEIDY PALACIOS PEREA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **35.896.315**, manifiesto bajo la gravedad de juramento: que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Política de Colombia, en el Art. 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado. En especial, que no parezco reportado en el Boletín de responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Art. 60 de la Ley 610 de 2002, en concordancia con el numeral 4 del Art. 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las entidades estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3º del Art. 4 de la Ley 716 de 2001.

Hableidy Palacios Perea
HABLEIDY PALACIOS PEREA
C.C. 35.896.315

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-08 08:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HABLEIDY		PALACIOS	PEREA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	35896315

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CHOCÓ	Municipio	QUIBDÓ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CHOCÓ	Municipio	QUIBDÓ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$4.071.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$40.900.000,00
Otros ingresos y rentas	$500.000,00
TOTAL	$45.471.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$5.700.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	ANTIOQUIA	LA CEJA	$600.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$600.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANINSON		REYES	MOSQUERA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 11812610

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981

REGISTRO PROFESIONAL

N° 35.896.315 de la
trabajadora social



Nombre: Hableidy

Apellidos: Palacios Perea

Inscripción: 23 de agosto de 2007

Resolución: 0255 (31 ago. 2007)

Código interno: 124073507

Escaneado con CamScanner

Registro profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.

Sede del Consejo:
CALLE 78 N° 12 A - 15 • PBX: 530 9690
BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia
y por Autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Tecnológica del Chocó
"Diego Luis Córdoba"

En atención a que:

Yableidy Palacios Perea

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 35.896.315 DE QUIBDÓ

Ha completado los requisitos que los Estatutos Universitarios exigen para optar al Título de

Trabajadora Social

Le expide el presente Diploma, en testimonio de ello, se firma en Quibdó el 26 de Mayo de 2006

Rector

Octavio Panesso Arango
Vice Rector Académico

Secretario General

Decano de la Facultad

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ
"DIEGO LUIS CÓRDOBA"
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE GRADO Nº 245

En la ciudad de Quibdó, sede de la Universidad Tecnológica del Chocó **"Diego Luis Córdoba"**, el día 26 de Mayo de 2006, se reunieron el Señor Rector MA. EDUARDO ANTONIO GARCIA VEGA, el Vicerrector Académico MA. OCTAVIO PANESSO ARANGO, la Decana de la Facultad Eps. MARIA LUISA PARRA MURILLO y el Secretario General Abogado CARLOS ARTURO CORDOBA CUESTA, con el objeto de realizar el acto de graduación y entrega de Diploma que, como:

TRABAJADORA SOCIAL
CODIGO ICFES 11184361030270011140O

Le otorga la Universidad a:

HABLEIDY PALACIOS PEREA
CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 35.896.315 DE QUIBDÓ

Por haber llenado los requisitos exigidos por los reglamentos, y en concordancia con lo dispuesto en el plan de estudios.
El Señor Rector, tomó el juramento de rigor e hizo entrega del Diploma, debidamente firmado por las autoridades competentes.
La presente acta se firma por los funcionarios autorizados.

MA. Eduardo Antonio García Vega
Rector

MA. Octavio Panesso Arango
Vice-Rector Académico

Abogado Carlos Arturo Córdoba Cuesta
Secretario General

Esp. María Luisa Parra Murillo
Decana de la Facultad (e)

República de Colombia

y por Autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Tecnológica del Chocó

"Diego Luis Córdoba"

Quibdó - Chocó

En atención a que:

Hableidy Palacios Perea

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 35.896.315 DE QUIBDÓ

Asistió al DIPLOMADO dentro de sus programas de Educación Continuada, con una intensidad presencial de 240 horas, por lo tanto le confiere el presente Diploma en:

Pedagogía y Docencia Universitaria

En testimonio de ello, se firma en Quibdó, el 1º de Diciembre de 2006

DECANO DE LA FACULTAD

COORDINADOR DIPLOMADOS

Bello, Junio 11 de 2026

LA OFICINA JURIDICA
DE LA E.S.E HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA MARIA UPEGUI –HOMO-
CERTIFICA

Que el (a) señor (a) **HABLEIDY PALACIOS PEREA** Identificada (o) con cédula de ciudadanía N° **35.896.315** prestó sus servicios en la ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA MARIA UPEGUI-HOMO- entidad pública del orden departamental, descentralizada con NIT. 890.905.166-8, mediante la suscripción de contratos que se relacionan a continuación:

CONTRATO No **2026CPSP429**

INICIACION:	06 de Marzo de 2026
PLAZO:	Dos (2) meses y Veinticinco (25) días, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.
TERMINACION:	Sin exceder el 30 de Mayo de 2026.
VALOR:	$16.008.333

OBJETO: Prestación de servicios como **Profesional Psicosocial,** en el marco de la ejecución del contrato interadministrativo N° 4600018655 de 2025, suscrito con la Secretaría de Salud e Inclusión Social del Departamento de Antioquia, cuyo Objeto es: **"REALIZAR LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI), EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA."**

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Cumplirá las siguientes obligaciones: **1**. Planificación, focalización y coordinación de la atención integral: apoyar la programación y el seguimiento de todas las actividades necesarias para cumplir los objetivos y metas de cobertura del Programa. Incluye desarrollar la estrategia de focalización en el territorio asignado, verificando que las víctimas estén incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) o en las bases de datos de sentencias y órdenes judiciales nacionales e internacionales. Además, implica participar activamente en las sesiones del Equipo de Atención Integral para formular y hacer seguimiento a los planes de atención, así como concertar estos Planes de Atención Integral con las víctimas según los hallazgos de la valoración, aplicando el principio de interseccionalidad y siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. **2.** Prestación y registro de la atención psicosocial: brindar la atención psicosocial a las víctimas de manera intramural o extramural, según lo establecido en los Planes de Atención Integral y las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Es fundamental realizar el cargue oportuno y completo de toda la información de atención psicosocial en el Aplicativo Web PAPSIVI, cumpliendo con los tiempos y lineamientos establecidos para garantizar un registro adecuado de las intervenciones realizadas con cada víctima atendida. **3**. Desarrollo profesional, confidencialidad y gestión documental participar en todas las actividades de Desarrollo al Talento Humano del PAPSIVI, incluyendo jornadas de formación, acompañamiento técnico y cuidado emocional. Es indispensable

garantizar la confidencialidad de toda la información recibida durante el proceso de atención psicosocial mediante la suscripción de las Fichas de Acercamiento y los acuerdos de uso individual del aplicativo PAPSIVI. Adicionalmente, se debe realizar el archivo adecuado de toda la información producto de la atención psicosocial, siguiendo estrictamente los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la gestión documental. **4**. El contratista deberá realizar un cronograma de trabajo mensual que dé cuenta de las acciones a realizar para el cumplimiento de las actividades contractuales según plan de acción y cronograma general del Programa, garantizando la trazabilidad y seguimiento de las acciones programadas. Esta obligación incluye registrar toda intervención o actuación realizada y generada dentro del proyecto como procesos, resultados, impactos, experiencias, bases de datos y otros en las plataformas de la Gobernación de Antioquia (Plataforma Descrita por la Gobernación para la cual se aceptarán las actas una vez se encuentren en estado APROBADO, además del drive del proyecto y sistemas de información). Asimismo, deberá reportar la información en los formatos y/o plataformas indicadas para la recolección de la información de manera semanal, realizando corte cada domingo, incluyendo todos los soportes debidamente diligenciados (actas, listados de asistencia, registro fotográfico, formatos preestablecidos, entre otros), y en caso de devoluciones realizadas a los informes o sus soportes, deberá subsanarlas sin exceder tres (3) días calendario. **5**. El contratista deberá realizar un informe mensual en medio físico y magnético que contenga cada una de las acciones realizadas según las fechas estipuladas por la coordinación técnica y supervisión del contrato, anexando listados, formatos y demás documentación soporte exigida por las normas legales y técnicas del proyecto. Esta obligación incluye la presentación de un documento final con las actividades realizadas durante la ejecución del contrato que consolide los logros, productos y lecciones aprendidas del proceso. Adicionalmente, deberá participar activamente de las reuniones administrativas de seguimiento del contrato, contribuyendo con análisis técnicos y reportes de avance. En caso de terminación anticipada del contrato, el reconocimiento de los honorarios estará sujeto al cumplimiento del cien por ciento (100%) de las obligaciones contractuales aplicables hasta la fecha de terminación. **6**. Entregar oportunamente las cuentas de cobro y soportes del contrato en los tiempos estipulados. **7.** Todas las demás acciones que sean solicitadas por el coordinador o supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto contractual. **Nota**: El manejo de los gastos de viaje de cada contratista se da en cumplimiento a los criterios establecidos por la Gobernación de Antioquia en el Decreto No. 2024070004188 de 2024. **OBLIGACIONES GENERALES: 1.** Realizar la transferencia del conocimiento generado en el marco del objeto contractual, previo a la terminación del contrato en los casos que aplique, con el objetivo de conservar el conocimiento requerido para operar los programas y/o proyectos en cabeza del Departamento de Antioquia, aplicando el formato establecido en el procedimiento contractual. **2.** Implementar las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad y disponibilidad de la información, así como el cuidado e integridad de los bienes, información y personas. **3.** Cumplir con los requerimientos del Sistema de Gestión Calidad de la Gobernación de Antioquia y la ESE HOMO. **4.** Todas las demás acciones que se requieran para el logro de los objetivos propuestos y que sean inherentes al objeto contractual. **5.** En caso de ser requerido por el Supervisor del contrato, brindar apoyo a las distintas Direcciones de la Secretaría de Salud e Inclusion Social Gobernación de Antioquia, en el marco de la ejecución del contrato interadministrativo N° 4600019022 de 2026, en actividades o productos relacionadas con y dentro del objeto contractual. **6.** Al finalizar el contrato se debe hacer entrega de las evidencias, rutas de acceso y entregables de todo lo ejecutado con la ESE HOMO. **7.** Estar afiliado al Sistema de Seguridad Social y Salud (EPS, ARL y PENSIONES). **RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Las siguientes responsabilidades son de obligatorio cumplimiento para todo contratista, proveedor o tercero que realice labores en la institución: **1.** Realización de la inducción programada por la institución en los primeros días de actividades, la cual será soportada para el primer pago. **2.** Portación del distintivo que lo identifique

como contratista, el cual deberá ser devuelto al supervisor del contrato al finalizar el mismo. **3.** Uso adecuado de la dotación y los elementos de protección personal en todo momento, cuando sea aplicable. **4.** Cumplimiento con los procedimientos institucionales, ajustándose a la cultura organizacional y el código de integralidad institucional. **5.** Cumplimiento con la obligación del pago al sistema de seguridad social integral, asegurándose de estar afiliado en la categoría correspondiente al riesgo del contrato, y enviando a la institución las planillas de pago correspondientes. **6.** Acatar de las normas y procedimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente establecidos por la institución. **7.** Asistencia y participación en los procesos de inducción, reinducción, capacitación y prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo facilitados por la institución. **8.** Ejecución de actividades exclusivamente dentro del objeto del contrato. **9.** Realización de los trabajos de manera segura, cumpliendo con las normas existentes en la institución y garantizando el orden y aseo en el lugar de trabajo. **10.** Reporte inmediato de cualquier incidente, accidente de trabajo o enfermedad laboral al supervisor y/o administrador del contrato, quien informará a seguridad y salud en el trabajo. **11.** Identificación de riesgos potenciales que puedan materializarse durante la ejecución de la actividad. **12.** Conocimiento y cumplimiento del Plan de Emergencias de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia y participación en actividades de prevención. **13.** Adecuación de la prestación del servicio a las necesidades de la institución. Si se requiere trabajar fuera del horario institucional, debe solicitar autorización del supervisor. **14.** Cumplimiento de las señales o avisos publicados en las diferentes áreas o equipos de la institución. **15.** Uso adecuado de los bienes y áreas comunes de la institución. **16.** Entrega de inventarios detallados al ingresar o retirar materiales, equipos o herramientas, con una copia detallada que será verificada por el personal de seguridad. **17.** Entrega del inventario documental por traslado o desvinculación, cumpliendo con lo estipulado en el Acuerdo 001 del 2024, Capítulo III sobre Responsabilidad con los Documentos y Archivos. **18.** Cumplimiento de otras obligaciones específicas relacionadas con el objeto del contrato

Se expide el presente certificado a petición del(a) interesado(a).

Atentamente,

JULIANA ANDREA LOZANO AGUDELO
Jefe de Oficina Jurídica

Proyectó:
Nombre: Yaneth L. Sánchez O
Cargo: Auxiliar Administrativa

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE SERVICIOS Y GESTIÓN EMPRESARIAL DEL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA, REGIONAL ANTIOQUIA

HACE CONSTAR

Que la señora HABLEIDY PALACIOS PEREA identificada con cédula de ciudadanía No. 35.896.315 de Quibdo, celebró con **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** los siguientes contratos de prestación de servicios personales regulados por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública), modificada por la Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y sus demás Decretos o normas reglamentarias, como se describe a continuación

1. Número y Fecha del Contrato:	CO1.PCCNTR.6380842 del 29 de Mayo de 2024.
Objeto:	Prestar los servicios personales para apoyar el desarrollo de actividades orientadas al fortalecimiento de habilidades socioemocionales de los aprendices del centro de formación en el marco del plan nacional integral de bienestar al aprendiz.
Plazo de ejecución:	cinco (5) Meses y veintisiete (27) Días, contados a partir de la fecha de inicio del contrato.
Fecha de Inicio de Ejecución:	05 de Junio de 2024.
Prorroga:	veintinueve (29) días
Adición:	tres millones ochocientos cuarenta y cuatro mil cuatrocientos treinta y tres pesos m/cte ($3.844.433).
Fecha de Terminación de Contrato:	30 de Diciembre de 2024.
Término de ejecución:	seis (6) meses y veintiseis (26) días.
Valor y forma de pago:	El valor del contrato para todos los efectos legales y fiscales se fijó en la suma de veintisiete millones trescientos ocho mil setecientos treinta y tres pesos m/cte. ($27.308.733), con unos honorarios mensuales de tres millones novecientos setenta y siete mil pesos m/cte. ($3.977.000). En el Acta de Terminación y/o Liquidación del contrato se estableció como valor realmente pagado al contratista por la ejecución de este contrato la suma de veintisiete millones trescientos ocho mil setecientos treinta y tres pesos m/cte ($27.308.733).
Obligaciones Específicas del Contrato:	1. Presentar para aprobación por parte del supervisor del contrato, un plan de trabajo que incluya cronograma y entregables. 2. Identificar, generar y evaluar, estrategias orientadas a

la retención de los aprendices dentro del alcance del objeto contractual, articulando con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar y grupos internos del centro de formación, el desarrollo de mecanismos que mejoren la retención de aprendices.
3. Desarrollar las actividades del objeto contractual en las diferentes modalidades de formación, (presencial, virtual y/o a distancia) que aplique para el centro de formación.
4. Participar en la ejecución de actividades que permitan el desarrollo de actitudes y habilidades sociales como responsabilidad, cumplimiento, tolerancia, comunicación asertiva, liderazgo, resolución de conflictos, solidaridad entre otras, de acuerdo con las debilidades identificadas en los grupos de aprendices.
5. Generar espacios de trabajo articulados con los demás profesionales del grupo de bienestar a aprendices y la comunidad educativa que permitan el fortalecimiento de los valores ambientales, la conciencia del desarrollo sostenible de acuerdo con el desarrollo local.
6. Apoyar la planeación, y ejecutar actividades para el fortalecimiento de las relaciones familiares de los aprendices a través de la utilización del dialogo y herramientas de construcción, como medio para el desarrollo personal de los aprendices.
7. Desarrollar acciones para el autocuidado y el cuidado del otro, desde la práctica de acciones.
8. Apoyar la planeación, y ejecutar acciones que permitan fortalecer la apropiación del reglamento del aprendiz de los aprendices.
9. Implementar acciones de bienestar al aprendiz dirigidas a los beneficiarios de apoyos socioeconómicos, para promover su uso adecuado, así como su propósito de permanencia y certificación del aprendiz.
10. Apoyar la implementación de lineamientos para adelantar las elecciones de representantes y voceros de aprendices en el marco de la normatividad vigente.
11. Realizar registro de actividades realizadas en el aplicativo de Sofía Plus y en las demás plataformas dispuestas; realizar informes, reportes y otros documentos asociados a las actividades relacionadas con el objeto contractual, haciendo uso de las plataformas institucionales de acuerdo con el aplicativo CompromISO.

2. **Número y Fecha del Contrato:** CO1.PCCNTR.7387416 del 01 de Febrero de 2025.

Objeto: Prestar los servicios personales para apoyar el desarrollo

	de actividades orientadas al fortalecimiento de habilidades socioemocionales de los aprendices del centro de formación en el marco del plan nacional integral de bienestar al aprendiz.
Plazo de ejecución:	nueve (9) Meses y veintisiete (27) Días, contados a partir de la fecha de inicio del contrato.
Fecha de Inicio de Ejecución:	05 de Febrero de 2025.
Valor y forma de pago:	El valor del contrato para todos los efectos legales y fiscales se fijó en la suma de cuarenta millones cuatrocientos noventa y un mil pesos m/cte. ($40.491.000), con unos honorarios mensuales de cuatro millones noventa mil pesos m/cte. ($4.090.000).
Obligaciones Específicas del Contrato:	1. Presentar para aprobación por parte del supervisor del contrato, un plan de trabajo que incluya cronograma y entregables. 2. Identificar, generar y evaluar, estrategias orientadas a la retención de los aprendices dentro del alcance del objeto contractual, articulando con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar y grupos internos del centro de formación, el desarrollo de mecanismos que mejoren la retención de aprendices. 3. Desarrollar las actividades del objeto contractual en las diferentes modalidades de formación, (presencial, virtual y/o a distancia) que aplique para el centro de formación. 4. Participar en la ejecución de actividades que permitan el desarrollo de actitudes y habilidades sociales como responsabilidad, cumplimiento, tolerancia, comunicación asertiva, liderazgo, resolución de conflictos, solidaridad entre otras, de acuerdo con las debilidades identificadas en los grupos de aprendices. 5. Generar espacios de trabajo articulados con los demás profesionales del grupo de bienestar a aprendices y la comunidad educativa que permitan el fortalecimiento de los valores ambientales, la conciencia del desarrollo sostenible de acuerdo con el desarrollo local. 6. Apoyar la planeación, y ejecutar actividades para el fortalecimiento de las relaciones familiares de los aprendices a través de la utilización del dialogo y herramientas de construcción, como medio para el desarrollo personal de los aprendices. 7. Desarrollar acciones para el autocuidado y el cuidado del otro, desde la práctica de acciones. 8. Apoyar la planeación, y ejecutar acciones que permitan

fortalecer la apropiación del reglamento del aprendiz de los aprendices.

9. Implementar acciones de bienestar al aprendiz dirigidas a los beneficiarios de apoyos socioeconómicos, para promover su uso adecuado, así como su propósito de permanencia y certificación del aprendiz.
10. Apoyar la implementación de lineamientos para adelantar las elecciones de representantes y voceros de aprendices en el marco de la normatividad vigente.
11. Realizar registro de actividades realizadas en el aplicativo de Sofía Plus y en las demás plataformas dispuestas; realizar informes, reportes y otros documentos asociados a las actividades relacionadas con el objeto contractual, haciendo uso de las plataformas institucionales de acuerdo con el aplicativo CompromISO.
12. Apoyar la logística y desarrollo de las jornadas de certificación de aprendices .
13. Desarrollar las actividades del objeto contractual en las diferentes subsedes con las que cuenta el centro de formación.

Se expide a solicitud del interesado(a), de acuerdo con la información registrada en los sistemas de información con los que cuenta el SENA y mediante los cuales reporta toda su información, a los 21 días de Noviembre de 2025.

AQUILINO MANUEL CUELLO BRITTO
Subdirector
Centro de Servicios y Gestión Empresarial

Proyectó: Leidi Yohana Garzón Cardona
Correo:lygarzon@sena.edu.co

Medellín, 19 de Diciembre de 2023

LA DIRECTORA TÉCNICA DE EXTENSIÓN ACADÉMICA Y PROYECCIÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA CON NIT 890980134-1

CERTIFICA

Que **HABLEIDY PALACIOS PEREA**, identificado(a) con **Cédula** No **35896315** registra los siguientes contratos descritos a continuación:

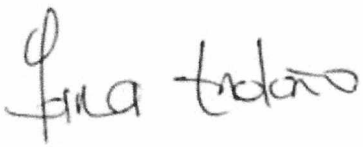
N° Contrato	Actividad	*F. Inicio	*F.Fin	Valor	Novedad
Contrato de Prestación de Servicios N° CMA-CD-18305-16040-329-2023	PROFESIONAL	2023-11-23	2023-12-15	6,121,500	No Presenta
Contrato de Prestación de Servicios N° CMA-CD-16495-16040-62-2023	PROFESIONAL	2023-08-02	2023-11-12	18,921,000	No Presenta
Contrato de Prestación de Servicios N° CMA-CD-12517-13716-158-2023	PROFESIONAL	2023-01-16	2023-07-27	33,600,000	No Presenta
Contrato de Prestación de Servicios N° 13716-156-2022	PROFESIONAL	2022-07-14	2022-12-20	27,475,000	No Presenta
Contrato de Prestación de Servicios N° 13101-184-2022	PROFESIONAL	2022-01-17	2022-07-06	29,750,000	No Presenta
Contrato de Prestación de Servicios N° 13101-186-2021	PROFESIONAL	2021-11-23	2021-12-22	5,425,000	No Presenta
Contrato de Prestación de Servicios N° 12190-204-2021	PROFESIONAL	2021-09-03	2021-11-12	12,425,000	No Presenta

*Formato Fechas: Año-Mes-Día

Objeto del contrato "CMA-CD-18305-16040-329-2023" con la institución: El contratista de manera independiente, es decir, sin que exista subordinación de índole laboral, se obliga a prestar sus servicios como PROFESIONAL para el apoyo técnico administrativo de los planes, programas, proyectos y estrategias para los diferentes grupos poblaciones de la Secretaria de Inclusión Social y Familia - Gobernación de Antioquia, en el marco del contrato interadministrativo 4600016040 de 2023.

Para mayor información favor comunicarse al siguiente correo electrónico o número de celular
Sebastián Vélez: aux1convenios@colmayor.edu.co - 3177477927

Atentamente



LEIDY YOVANA LONDOÑO GAVIRIA

Empresa Social del Estado - METROSALUD
NIT 800.058.016 - 1
LA DIRECCION ADMINISTRATIVA
HACE CONSTAR

Alcaldía de Medellín

QUE EL SEÑOR (A) **HABLEIDY PALACIOS PEREA**

IDENTIFICADO CON CEDULA **35896315**

Ha suscrito contratos de prestación de servicios asi:

Contrato	Cargo	Programa	Fecha Inicio	Fecha Final	Valor Contrato	Días Labor
PS3559/2013	PRESTACION DE SERVICIOS COGESTOR	Medellin Solidaria	10/1/2013	12/15/2013	6,710,223	75
PS731/2015	COGESTOR SOCIAL - METODOLOGIA 1	MEDELLIN SOLIDARIA	2/2/2015	5/31/2015	11,427,761	118
PS2772/2016	COGESTOR DE FAMILIA	Familias Medellin	8/19/2016	11/1/2016	7,415,329	74
1404-2019	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR A INDIVIDUOS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, PARA GENERAR CONDICIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA.	Familias Medellin	2/27/2019	5/31/2019	10,092,158	93
PS1575/2012	PRESTACION DE SERVICIOS COMO COGESTOR	Medellin Solidaria	8/21/2012	11/20/2012	7,860,474	91
PS1303/2014	COGESTOR SOCIAL	Medellin Solidaria	1/25/2014	2/28/2014	3,379,046	34
PS2455/2015	COGESTOR DE FAMILIA	MEDELLIN SOLIDARIA	6/2/2015	11/27/2015	17,190,478	178
PS3187/2012	PRESTACION DE SERVICIOS COMO COGESTOR	Medellin Solidaria	11/22/2012	12/21/2012	2,620,158	29
PS537/2016	COGESTOR DE FAMILIA	Familias Medellin	2/8/2016	7/19/2016	16,455,973	162
PS1641/2017	PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA	Familias Medellin	5/24/2017	10/31/2017	16,560,081	160
PS983/2017	PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA	Familias Medellin	2/22/2017	5/23/2017	9,493,040	90
PS390/2013	PRESTACION DE SERVICIOS COMO COGESTOR SOCIAL	Medellin Solidaria	1/8/2013	1/31/2013	2,008,788	23
PS1210/2013	PRESTACION DE SERVICIOS COMO COGESTOR SOCIAL	Medellin Solidaria	2/5/2013	9/30/2013	21,114,833	237
PS4427/2016	COGESTOR DE FAMILIA	Familias Medellin	12/3/2016	12/22/2016	2,031,602	19
2510-2019	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR A INDIVIDUOS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD PARA GENERAR CONDICIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA.	Familias Medellin	6/1/2019	12/20/2019	21,939,474	202
2271-2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR BUSCANDO FORTALECER EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACION EN LA SITUACION DE VULNERABILIDAD	Familias Medellin	4/15/2020	8/13/2020	13,550,038	120
1451-2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR A INDIVIDUOS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD PARA GENERAR CONDICIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA.	Familias Medellin	2/13/2020	3/31/2020	5,155,776	47
4204-2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR BUSCANDO FORTALECER EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACION EN LA SITUACION DE VULNERABILIDAD	Familias Medellin	8/18/2020	10/15/2020	6,604,220	58
5290-2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COGESTOR DE FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR BUSCANDO FORTALECER EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACION EN LA SITUACION DE VULNERABILIDAD	Familias Medellin	10/19/2020	12/13/2020	6,262,623	55
3299-2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTIÓN DE FAMILIA EN TERRITORIO PARA LA GESTION Y FORTALECIMIENTO TERRITORIAL,ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR BUSCANDO FORTALECER EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACION VULNERABLE	Familias Medellin	3/1/2021	8/14/2021	23,957,120	166

8240-2021	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTION DE FAMILIA EN TERRITORIO PARA LA GESTIÓN TERRITORIAL, ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR PARA EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE	Familias Medellin	10/15/2021	12/30/2021	11,102,080	76
2896-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTIÓN DE FAMILIA EN TERRITORIO PARA LA GESTIÓN TERRITORIAL, ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR PARA EL BIENESTAR SOCIAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE	Familias Medellin	1/27/2022	2/7/2022	1,460,800	11

Hace parte integral del siguiente certificado el anexo técnico (las funciones asignadas) del contrato Los honorarios son cancelados mensualmente de conformidad con los servicios prestados en el respectivo período. La presente constancia se expide a solicitud del interesado (a)

JOHN BAIRON RESTREPO JARAMILLO
Director Administrativo
Carrera 50 N° 44 - 27
Telefono: 5117505 - Ext. 1420

Se expide: 5/17/2022

ASOCIACIÓN DE MUJERES PRODUCTORAS AGROPECUARIAS DEL RÍO PEPE – ASOMUPEPE

NIT: 901147668-1
Pie de Pepé – Chocó
Teléfono:3137151728 | Correo: yudelymosquera@gmail.com

CERTIFICACIÓN

La Asociación de Mujeres Productoras Agropecuarias del Río Pepe – ASOMUPEPE certifica que la señora HABLEIDY PALACIOS PEREA, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.896.315 expedida en Quibdó (Chocó), se desempeñó como Profesional Psicosocial en las comunidades de Pie de Pepé, en el marco de la atención a población víctima del conflicto armado.

Su vinculación se desarrolló desde el 05 de febrero de 2019 hasta el 31 de mayo de 2020, período durante el cual brindó acompañamiento psicosocial individual, familiar y comunitario; desarrolló procesos de orientación y fortalecimiento emocional; y ejecutó acciones de promoción de derechos dirigidas a personas víctimas del conflicto armado, contribuyendo al bienestar y recuperación emocional de la población atendida.

Durante el tiempo de su desempeño demostró responsabilidad, compromiso ético, sensibilidad social y capacidad técnica en el abordaje psicosocial en contextos de alta vulnerabilidad.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, a los 23 de Febrero de 2026.

Yudely Mosquera Valencia

YUDELY MOSQUERA VALENCIA
Representante Legal
ASOMUPEPE
C.C. 1128725336

Asociación de Mujeres Productoras del Río Pepé
Nit. 901147668-1

UNIÓN TEMPORAL
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA -
CORPORACIÓN INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS - CIS

NIT. 901.178.569-1

Medellín, 14 de enero del 2019

LA UNIÓN TEMPORAL
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA -CORPORACIÓN INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS –CIS-

Certifica que:

HABLEIDY PALACIOS PEREA, identificada con C.C No. **35.896.315**, suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con **LA UNIÓN TEMPORAL UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - CORPORACIÓN INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS –CIS-** NIT No. 901.178.569-1;

- **CPS-UT-2018-069**, Con una vigencia del **8 de junio del 2018 al 11 de noviembre del 2018** con el siguiente objeto contractual; Profesional como Cogestor de Familia para la implementación y desarrollo de los proyectos familia Medellín – Medellín solidaria en su sub-componente de Acompañamiento Familiar. • Liderar el acompañamiento familiar a los hogares asignados llevando a cabo mínimo 18 visitas efectivas semanalmente (o las que sean definidas en la operación), lo cual, incluye el registro de la visita en el aplicativo, el acercamiento y seguimiento a las oportunidades y a la intervención psicosocial en la dinámica familiar desde estrategias de promoción y prevención para el mejoramiento de las relaciones familiares y las condiciones de vida del hogar participante.

Atentamente,

LA CONTRATANTE
Berta Lucia Gaviria Gomez
Representante Legal
Union Temporal Universidad de Antioquia-Corporación Interuniversitaria de servicios- CIS

CONSORCIO
UNIDOS 2017

CONSORCIO UNIDOS 2017

CERTIFICA:

Que **HABLEIDY PALACIOS PEREA** identificada con cédula de ciudadanía No. 35896315 expedida en Quibdo, estuvo vinculado al Consorcio Unidos 2017 mediante contrato de Prestación de Servicios Profesionales como COGESTOR SOCIAL del operador social del programa estrategia Red Unidos en la zona de Antioquia, en desarrollo del contrato No. 458 de 2017 suscrito entre el CONSORCIO UNIDOS 2017 y PROSPERIDAD SOCIAL cuyo objeto corresponde a la ejecución del proyecto denominado "Apoyar la implementación de la estrategia para la superación de la pobreza – UNIDOS, de acuerdo a las especificaciones definidas por el Departamento para la Prosperidad Social, durante el periodo comprendido entre el 12 de junio de 2018 y el 15 de septiembre de 2018.

Como COGESTOR SOCIAL desarrolló las siguientes actividades:

OBLIGACIONES GENERALES: Prestar sus servicios en colaboración con el equipo administrativo y operativo conformado por el CONSORCIO UNIDOS 2017 para la ejecución del contrato No. 458 y demás integrantes del programa RED UNIDOS, presentar informes parciales y finales del trabajo y la ejecución de las actividades a continuación relacionadas: 1 Acompañar directamente a los hogares y a las comunidades focalizadas aplicando la metodología, lineamientos técnicos y operativos impartidos por Prosperidad Social al CONTRATANTE 2. Realizar la caracterización de los hogares y comunidades asignadas. 3. Apoyar la identificación de la oferta de programas, proyectos y servicios sociales en su territorio 4. Brindar información y orientación oportuna y pertinente a los hogares y comunidades utilizando el mapa de oferta disponible en su municipio. 5. Mantener comunicación constante por diferentes medios, con el coordinador local para garantizar la ejecución de la estrategia, asegurando plan de voz y datos por cuenta propia 6. Asistir y participar en las diferentes reuniones convocadas para el desarrollo del programa. 7. Contar con disponibilidad de viajar a los diferentes lugares en los que residen las familias del municipio asignado donde se ejecuta la estrategia. 8. Conservar la iniciativa de mejoramiento y fortalecimiento de la estrategia. 9. Promover y procurar la convivencia y buenas relaciones para garantizar el adecuado desarrollo de la estrategia RED UNIDOS. 10. Portar adecuadamente los elementos de visibilización e identificación en las actividades, eventos, reuniones y espacios realizados en el marco de las actividades de la Estrategia, así como la utilización de la imagen corporativa de PROSPERIDAD SOCIAL y el CONSORCIO UNIDOS 2017 de acuerdo con las indicaciones que la Entidad imparte al CONTRATANTE. 11. Asegurar que siempre se respete el conducto regular establecido para cualquier situación que se presente. 12. Mantener su disposición al cumplimiento total en modo y tiempo del presente contrato. 13. Cumplir con el debido cuidado y organización del archivo que corresponda a su gestión haciendo entrega de este en las condiciones solicitadas por el operador por medio de la supervisión del contrato. 14. En su calidad de contratista se compromete a respetar y seguir el conducto regular establecido. Ante cualquier vicisitud, duda o inconveniente que surja durante la ejecución del contrato, se comunicará con el Coordinador Local, quién dará a conocer al Coordinador Departamental y éste último a la Administración General. El CONTRATANTE será quien determine si los mismos tienen el carácter e importancia justificada para poner en conocimiento de PROSPERIDAD SOCIAL. El incumplimiento reiterado de esta obligación y/o cuando se considere que causa perjuicio grave al CONTRATANTE o a la ejecución del contrato, dará lugar a

la aplicación de multas y sanciones y/o a la terminación del contrato. 15. Obrar con lealtad, ética y buena fe en la ejecución del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Obligaciones de Apoyo: 1. Implementar las políticas de seguridad impartidas por PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE para el adecuado uso y manejo de la información. 2. Hacer uso adecuado de los elementos de identificación en las actividades, eventos, espacios y reuniones realizados y garantizar la utilización de la imagen corporativa de PROSPERIDAD SOCIAL de acuerdo con las indicaciones de la Entidad al CONTRATANTE. 3. Contribuir con los ejercicios de seguimiento y evaluación de procesos, resultados o impacto de la Estrategia, o de cualquiera de sus componentes, en los que PROSPERIDAD SOCIAL lo requiera al CONTRATANTE. 4. Participar en los procesos de orientación metodológica a los cuales sea convocado por el CONTRATANTE y/o el Coordinador Local de acuerdo al plan establecido. 5. Cumplir los lineamientos técnicos impartidos relacionados con el componente de acompañamiento comunitario. 6. Elaborar y ejecutar su plan de trabajo, el cual debe constar al menos de las fases y pasos del acompañamiento familiar y comunitario (fase de acompañamiento familiar, acompañamiento comunitario y gestión de oferta para los modelos urbano, U-100, rural y étnico), según los lineamientos del Anexo 1: MANUAL OPERATIVO UNIDOS de PROSPERIDAD SOCIAL, en el marco del contrato establecido entre el CONTRATANTE y Departamento Administrativo Para La Prosperidad Social – PROSPERIDAD SOCIAL. 7. Dar cumplimiento al plan de actividades mensual de acompañamiento familiar y comunitario de la Estrategia UNIDOS contribuyendo así a la ejecución del plan de trabajo y al cumplimiento de las metas mensuales.
8. Presentar los informes, formatos y demás soportes que den cuenta del cumplimiento de las actividades programadas en los periodos establecidos. 9. Entregar la información correspondiente a su gestión con los hogares y comunidades al finalizar el contrato que facilite el empalme e inducción a los nuevos integrantes del Equipo Operativo. 10. Participar en los comités de seguimiento u otros que sean citados por el CONTRATANTE o PROSPERIDAD SOCIAL en el marco del contrato suscrito entre el consorcio y Departamento Administrativo Para La Prosperidad Social – PROSPERIDAD SOCIAL. 11. Recolectar y registrar en el sistema la información conforme a los lineamientos entregados por PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE, en el marco del acompañamiento familiar y comunitario realizado a los hogares que hacen parte de la Estrategia UNIDOS. 12. Cumplir con la entrega de los informes requeridos sobre la implementación de la estrategia de los hogares y comunidades asignadas. 13. Apoyar la identificación de la oferta de programas, proyectos y servicios sociales, según recomendaciones del coordinador local conforme a los instrumentos definidos. 14. Levantar información específica de los hogares y comunidades priorizadas por la estrategia de acompañamiento familiar y comunitario según lineamientos del coordinador local. 15. Participar y apoyar activamente en las reuniones, eventos y jornadas de socialización de oferta y acompañamiento familiar y comunitario en el marco del contrato suscrito entre el CONTRATANTE y Departamento Administrativo Para La Prosperidad Social – PROSPERIDAD SOCIAL. 16. Dar cumplimiento oportuno al desarrollo de las solicitudes u órdenes de servicio de acompañamiento y gestión de oferta. 17. Apoyar las actividades de ubicación, difusión y convocatoria para la ejecución de la oferta social disponible para los hogares y las comunidades priorizadas a su cargo. 18. Presentar las cuentas de cobro y los informes de actividades correspondientes, en los periodos establecidos. 19. Participar en los procesos de orientación metodológica a los cuales sea convocado por el CONTRATANTE y/o el Coordinador Local de acuerdo al plan establecido. 20. Reportar al apoyo tecnológico los inconvenientes presentados en el sistema de información y realizar su seguimiento hasta

dar solución al inconveniente. 21. Al finalizar el contrato, hacer entrega de los equipos y elementos de identificación que le fueron suministrados por el CONTRATANTE para su implementación.

Obligaciones Acompañamiento Familiar y Comunitario: 1. Cumplir los lineamientos técnicos impartidos relacionados con el componente de acompañamiento familiar y comunitario. 2. Implementar las actividades del Plan de Cobertura para gestionar la ubicación de los hogares de acuerdo a los lineamientos establecidos por PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 3. Dar cumplimiento al plan de actividades mensual de acompañamiento familiar y comunitario de los hogares de la estrategia Red Unidos cumpliendo así a la ejecución del plan de trabajo y las metas mensuales. 4. Entregar la información correspondiente a su gestión con los hogares y comunidades al finalizar el contrato que facilite el empalme e inducción a los nuevos integrantes del equipo territorial operativo. 5. Participar en los comités de seguimiento u otros que sean citados por el CONTRATANTE o PROSPERIDAD SOCIAL en el marco del contrato suscrito entre CONTRATANTE y Departamento Administrativo Para La Prosperidad Social – PROSPERIDAD SOCIAL. 6. Implementar las acciones en los diferentes modelos y enfoques del acompañamiento familiar y comunitario a los hogares vinculados a la Estrategia Red UNIDOS, cumpliendo los lineamientos que en la materia imparta PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 7. Brindar a los hogares beneficiarios de la Estrategia Red Unidos atención de calidad en términos de la pertinencia y claridad de la información que suministra y registra, su periodicidad y la calidez con la que realiza su labor. 8. Recolectar la información conforme a los lineamientos entregados por PROSPERIDAD SOCIAL, en el marco del acompañamiento familiar y comunitario realizado a los hogares que hacen parte de la estrategia Red UNIDOS. 9. Realizar periódicamente las actividades necesarias para que la información recolectada en las visitas a los hogares se vea reflejada en el sistema de información, de acuerdo con las condiciones de conectividad del área acompañada y las indicaciones de PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 10. Cumplir con la entrega de los informes requeridos sobre la implementación de la estrategia de los hogares y comunidades asignadas. En el marco de la preparación a las sesiones de acompañamiento EL CONTRATISTA debe: I) Conocer el ámbito geográfico en dónde se encuentran ubicados los hogares a acompañar. II) Estudiar con atención y profundidad las diferentes metodologías de la Estrategia UNIDOS. III) Conocer el mapa de oferta de servicios institucionales y orientar a los hogares. IV) Mantener el sistema de información debidamente actualizado con información veraz de los hogares y sus integrantes. V) Preparar cada sesión de acompañamiento reconociendo las diferencias de cada hogar acompañado. Igualmente, el contratista se ABSTENDRÁ de: I) Desconocer los lineamientos, metodologías y procedimientos propios de la Estrategia UNIDOS. II) Presentarse a los hogares sin haber revisado las actividades y/o temas a tratar en la sesión III) Generar expectativas en los hogares que no se pueden cumplir. IV) Presentar posiciones políticas, religiosas, sociales u otras influyendo al hogar.

Obligaciones Gestión de Oferta: 1. Apoyar la identificación de la oferta de programas, proyectos y servicios sociales, tanto pública, como privada e innovadora, según lineamientos del Coordinador Local conforme a los instrumentos definidos por PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 2. Usar el mapa de oferta con el fin de brindar información y orientación oportuna y pertinente a los hogares y comunidades sobre programas, proyectos y servicios disponibles en su municipio según los lineamientos de PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 3. Levantar información específica de los hogares y comunidades priorizadas por la estrategia de acompañamiento familiar y comunitario, para la gestión de oferta familiar y comunitaria, según lineamientos del Coordinador Local y requerimientos de PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 4. Identificar, consolidar y reportar al Coordinador Local las demandas por parte de los hogares y las comunidades priorizadas por la estrategia de acompañamiento

familiar y comunitario sobre ampliación, modificación o introducción de programas, proyectos y servicios, a través de los mecanismos que disponga PROSPERIDAD SOCIAL. 5. Participar activamente en las reuniones, ferias, eventos y jornadas de socialización de oferta y acompañamiento familiar y comunitario que determine PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE y cumplir con los compromisos que se establezcan. 6. Dar cumplimiento oportuno al desarrollo de las solicitudes u órdenes de servicio de acompañamiento y gestión de oferta, según los lineamientos de PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE. 7. Adelantar con los hogares y las comunidades priorizadas a su cargo, las actividades de focalización, ubicación, difusión y convocatoria para la ejecución de la oferta gestionada desde el nivel nacional y territorial con entidades públicas y privadas e innovadoras. 8. Entregar información precisa, oportuna y pertinente a los hogares y comunidades priorizadas para facilitar su acceso a la oferta familiar y comunitaria del orden nacional, departamental y municipal, tanto pública, como privada e innovadora. 9. Reportar al coordinador local las actividades de gestión de oferta realizadas con los hogares asignados, así como sus resultados para cada una de las dimensiones familiares y comunitarias de la Estrategia. 10. Realizar el seguimiento al acceso, permanencia y culminación de los hogares inscritos en las ofertas disponibles en su municipio, conforme a los instrumentos definidos por PROSPERIDAD SOCIAL al CONTRATANTE, a través del coordinador local. 11. Informar al coordinador local sobre la oportunidad y la pertinencia en el acceso de los hogares y comunidades a la oferta existente. 12. Reportar al coordinador local sobre avances, cuellos de botella y necesidades de oferta en el municipio. 13. Registrar en el sistema de información el seguimiento a la gestión de oferta (acceso, permanencia y culminación) mediante el módulo respectivo. 14. Participar en las jornadas de orientación metodológica sobre rutas de atención que lideren las entidades públicas y privadas, que provean ofertas a los hogares, para que conozcan e implementen estos lineamientos. 15. Entregar la información sobre ofertas y rutas de atención, de manera precisa y oportuna a los hogares y comunidades priorizadas por la estrategia Red UNIDOS. 16. Participar de manera periódica en las reuniones convocadas por coordinadores locales en las cuales se identifiquen y socialicen aprendizajes y buenas prácticas en las ofertas públicas, privadas e innovadoras a las que acceden los hogares y las comunidades priorizadas por la Estrategia, que permitan identificar la pertinencia, calidad y oportunidad de los servicios que se prestan de acuerdo con los lineamientos de PROSPERIDAD SOCIAL. En el marco de los procesos de gestión de oferta EL CONTRATISTA debe: I) Conocer la oferta social de su municipio por cada logro familiar. II) Entregar información (pertinente y oportuna) a los hogares para el acceso a los programas disponibles en el municipio. III) Brindar orientación acerca de los mecanismos de acceso a la oferta disponible y a las habilidades que las personas deben fortalecer para que el acceso a la oferta sea efectivo. IV) Realizar una función de "remisión" de las personas a los servicios de otras entidades que se encuentran a su disposición en el municipio. V) Apoyar las actividades de focalización, ubicación, difusión y convocatoria para la ejecución de la oferta gestionada desde el nivel nacional y territorial. Igualmente, EL CONTRATISTA se ABSTENDRÁ de: I) Desconocer la oferta social de su municipio. II) Brindar información falsa sobre programas o servicios. III) Entregar información sobre ofertas no válidas o no pertinentes a los hogares. IV) Desconocer el Plan del Hogar y/o el estado de Logros Familiares de los hogares que le han sido asignados. V) Apoyar ofertas institucionales que no han sido coordinadas de manera conjunta por el Equipo Operativo en su municipio. En relación con los hogares y sus integrantes EL CONTRATISTA debe: I) Propiciar una actitud de escucha activa y positiva con todos los integrantes del hogar. II) Utilizar un lenguaje positivo, constructivo y motivador para que los hogares participen en las diversas actividades programadas. III) Utilizar un lenguaje de fácil comprensión para los hogares. IV) Reconocer los esfuerzos que el hogar y sus integrantes realicen para la

consecución de Logros Familiares. Igualmente, EL CONTRATISTA se ABSTENDRÁ de: I) Convertirse en terapeuta o padrino del hogar o de alguno de sus integrantes. II) Caer en situaciones que generen dependencia o limiten las capacidades de autogestión del hogar. III) Compartir con personas ajenas la Estrategia UNIDOS información sobre los hogares asignados. IV) Dar por hecho una situación si no tiene claridad en las señales de alerta. V) Juzgar al hogar o tomar personal alguno de sus comportamientos. VI) Estigmatizar y/o señalar. VII) Provocar peleas verbales. VIII) Regañar al hogar. IX) Propiciar confrontaciones entre los integrantes del hogar. X) Ignorar las señales de alerta frente a la comisión de un delito o la vulneración de un derecho. VII) Vincularse afectivamente con algún integrante del hogar.

Obligaciones Fortalecimiento Institucional: 1. Articular las acciones pertinentes con el delegado municipal para la efectiva ejecución de las ofertas en el municipio y reportarlas al Coordinador Local. Las demás derivadas de su prestación de servicio como COGESTOR SOCIAL de acuerdo con las indicaciones impartidas por la supervisión de PROSPERIDAD SOCIAL y el CONSORCIO UNIDOS 2017.

En constancia se firma a los veintitrés (23) días del mes de octubre de 2018.

Atentamente,

VLADIMIR CAGHUANA B.
Representante Legal
CONSORCIO UNIDOS 2017

Sabaneta, 07 de enero de 2020

OBRA ESTRUCTURAL S.A.S
NIT: 901534006 – 4

CERTIFICA

Que el señor(a) **HABLEIDY PALACIOS PEREA** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **35.896.315**, laboró en esta empresa en el cargo de **TRABAJADORA SOCIAL** del 15 de enero de 2018 hasta el 30 de diciembre de 2018. Tuvo un contrato por *prestaciones de servicios* y devengaba un salario mensual de **$800.000 (ochocientos mil pesos)**.

Funciones desarrolladas:

PROGRAMA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN A LA COMUNIDAD:

Entrega de volantes informativos.

Atención a la comunidad.

Elaboración Aviso informativo.

Instalación y actualización mensual de cartelera informativa.

Instalación e inspección semanal de Buzón.

PROGRAMA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS:

Levantamiento de la Información, seguimiento y cierre de las PQRS (Petición, Quejas, Reclamos y Sugerencias)

Levantamiento Base de datos-Solicitudes de la comunidad

PROGRAMA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

Desarrollar reuniones de seguimiento con la comunidad según el porcentaje de obra (Reunión inicial, avance 50% y final)

Desarrollo de talleres para promover el sentido de pertenencia en la comunidad.

PROGRAMA MANEJO DE LA CONTRATACIÓN DE MANO DE OBRA LOCAL:

Gestión de vacantes en obra.

Levantamiento y Actualización de la base de datos de Hoja de Vida mano de obra local no calificada.

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN A TRABAJADORES Y COMUNIDAD:

Capacitación a trabajadores vinculados a la obra y a la comunidad del entorno de la obra.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS:

Elaboración mensual de informes sociales.

Elaboración de informes de talleres sentido de pertenencia.

Elaboración de informe de impacto social.

Elaboración de informe final.

Asistencia y participación en comités de obras.

Como empresa expresamos nuestra gran conformidad con el buen desempeño de sus funciones dentro de la obra, tanto en el aspecto profesional como social con su equipo de trabajo; se destaca por ser responsable, puntual y tener sentido de pertenencia con la empresa.

Se expide este certificado a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Carlos murillo.

CARLOS MURILLO MOSQUREA
REPRESENTANTE LEGAL
Cel: 314 796 1091

CONCIVICA
FUNDACIÓN

R – 844

LA OFICINA DE GESTION HUMANA Y DIRECCION JURIDICA DE LA FUNDACION COLOMBIA UNA NACION CIVICA – FUNDACION CONCIVICA

HACE CONSTAR:

Que la señora **HABLEIDY PALACIOS PEREA**, identificada con la cédula de ciudadanía número **35.896.315**, tuvo relación contractual con nuestra Institución como **COGESTOR SOCIAL** dentro de la **EJECUCION DEL CONTRATO No 4600053741 DE 2014, CUYO OBJETO ES: "ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y GESTION DE OPORTUNIDADES SOCIALES A LOS HOGARES FOCALIZADOS EN EL PROGRAMA MEDELLIN SOLIDARIA", SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE MEDELLIN Y LA FUNDACION CONCIVICA.**

INICIO	TERMINACIÓN
01 DE ABRIL DE 2014	30 DE ABRIL DE 2014
01 DE MAYO DE 2014	14 DE DICIEMBRE DE 2014

FUNCIONES:

- Facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de los hogares participantes del Programa Medellín Solidaria a través del componente de acompañamiento familiar.
- Aplicar todos los lineamientos dados por la coordinación de Acompañamiento Familiar, la Dirección Técnica del programa y la Secretaría de Inclusión Social y Familia, cuando corresponda.
- Cumplir a cabalidad con lo establecido en la guía de acompañamiento familiar y demás documentos soportes del proceso de acompañamiento.
- Garantizar la calidad del acompañamiento familiar teniendo en cuenta las condiciones del hogar.
- Implementar en la sede las directrices brindadas por el SIG (Sistema Integral de Gestión de la Calidad).
- Propender por el autocuidado e implementar las acciones dispuestas en el protocolo de seguridad en campo.

- Conocer y hacer lectura profesional de la realidad contextual y familiar de los hogares de su cobertura, con el propósito de acompañar de manera contextualizada a los hogares y según sus necesidades reales.
- Elaborar y ejecutar los cronogramas de visitas semanalmente.
- Registrar en el dispositivo tecnológico de trabajo de campo la información suministrada por el hogar de manera inmediata, clara, responsable, ética; y actualizarla cuando sea necesario.
- Diligenciar de forma clara y precisa los diferentes formatos que hacen parte del componente de acompañamiento familiar.
- Conservar la cobertura asignada y no realizar modificaciones sin ser avaladas por el Gestor Local.
- Entregar informes de acuerdo a lo solicitado por el Gestor Local.
- Llevar diario de campo que permita el registro de la información relevante de los hogares.
- Identificar y reportar al gestor local a través de una solicitud de demanda de atención, situaciones que ameriten remisiones a instituciones identificadas por el componente gestión de oportunidades.
- Conocer en detalle y acercar la oferta institucional y de servicios a los hogares que hacen parte de su cobertura a cargo.
- Hacer seguimiento al acercamiento de la oferta institucional desde el principio de corresponsabilidad.
- Promover la participación de los hogares en los escenarios públicos de la ciudad.
- Aportar a través del componente de acompañamiento familiar herramientas para que los hogares fortalezcan su dinámica familiar.
- Asistir y participar de las capacitaciones que se requieran por el programa Medellín Solidaria, para el buen desempeño de sus actividades en campo.
- Brindar un trato amable y respetuoso a cada uno de los integrantes de los Hogares y todo el personal del programa.
- Utilizar de manera adecuada los implementos de trabajo que le brinda el programa Medellín Solidaria, como camiseta, chaleco, morral, gorra y carné.
- Hacer uso adecuado de los equipos de cómputo, herramientas informáticas y dispositivos tecnológicos de trabajo de campo y demás activos del Programa.
- Trabajar articuladamente con los componentes de la línea de Promoción Social.
- Acatar las normas y políticas administrativas y estratégicas del Programa Medellín Solidaria.
- Responder por su dotación y equipos de trabajo.
- Articularse, cuando sea requerido por el proceso, con gestión de oportunidades para beneficio de la población participante.
- Apoyar la consolidación de insumos para las actividades que sean requeridas desde la Alcaldía, relacionadas con la operación del programa.

- Apoyar las actividades que se programen alrededor de la operación del programa y otras requeridas durante la operación.

Para constancia se firma en Medellín a los 23 días del mes de enero de dos mil diecisiete (2.017).

JAIRO GOMEZ RODRIGUEZ
Director Jurídico
FUNDACIÓN CONCÍVICA

Elaboró: Dora Isabel Henao D.
Coordinadora Gestión Humana

CORPORACIÓN
INTERUNIVERSITARIA
DE SERVICIOS

NIT: 811.003.209-8

LA JEFE DE NOMINA

CERTIFICA:

Que la Señora HABLEIDY PALACIOS PEREA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 35.896.315 de Quibdó (Chocó), se desempeñó como Cogestor(a), con contrato a término fijo inferior a un año desde el día nueve (9) de febrero de 2012 hasta el día treinta y un (31) de julio de 2012.

La Señora HABLEIDY PALACIOS PEREA tuvo otros contratos de trabajo con la Corporación que se cumplieron en las siguientes fechas:

1. Desde el 23 de julio de 2011 hasta el 18 de noviembre de 2011

Funciones

- Realizar el levantamiento de línea base de acuerdo al protocolo entregado por El programa Medellín Solidaria.
- Dar a conocer a su coordinador en forma inmediata anomalías o situaciones problemáticas que afecten la integridad del hogar y remitir las demandas y necesidades de los hogares, catalogados como urgentes a su coordinador.
- Integrarse a la comunidad y conocer a fondo las formas de vida de la población, con el fin de tener una mejor interacción con las familias y su entorno.
- Identificar las personas analfabetas e informarlo al coordinador local para su respectiva inclusión, de acuerdo al protocolo e instrumentos entregado por el Programa.
- Trabajar articuladamente con los y las líderes del programa y demás actores participantes.
- Acompañar y promover la participación de los hogares en los escenarios públicos de la ciudad.
- Apoyar la organización y promover la elección de los y las líderes, los Encuentros de cuidado, los Grupos de conectividad, los Comités municipales de madres líderes, la Escuela de formación de líderes y la formación de los veedores cuando se requiera.
- Recolectar la información en campo y llevarla a los sistemas de información respectivos.
- Generar espacios de trabajo conjunto entre las y los diferentes líderes y sus grupos de hogares.

- Entregar los informes mensuales de acuerdo a los avances de los planes de trabajo realizados.
- Realizar las visitas domiciliarias establecidas en la metodología del Acompañamiento Familiar, las cuales deben ser programadas con un mínimo de dos (2) días de anterioridad y comunicadas tanto a los hogares, como a su coordinador local, en un cronograma de visitas.
- Diligenciar todos y cada uno de los formatos y protocolos de visitas.
- Sistematizar toda la información de las visitas realizadas a los hogares, tanto la encuesta, como las demás vistas efectuadas, al sistema de información de la Alcaldía.
- Llevar diario de campo de acuerdo a las directrices dadas por el programa Medellín Solidaria.
- Asistir y participar de todas las capacitaciones que se requieran por el programa Medellín Solidaria, para el buen desempeño de sus funciones en campo.
- Aplicar todos los protocolos entregados por el Director de Promoción Social, en todo lo relacionado con la intervención de las familias.
- Utilizar y diligenciar adecuadamente los documentos, fichas, formatos e instrumentos definidos y entregados por la Alcaldía de Medellín y Acción Social –FIP-.
- Brindar un trato amable y respetuoso a cada uno de los integrantes de los Hogares.
- Otras actividades que sean necesarias para el buen desarrollo de su gestión.

Medellín, 24 de noviembre de 2018

Cordialmente,

CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS
NIT: 811.003.209-8

CLAUDIA PATRICIA RESTREPO DIAZ
Jefe de Nómina

ASOCIACION DE JUNTAS DE ACCION COMUNAL Y VIVIENDA COMUNITARIA

SAN CARLOS – ANTIOQUIA

NIT: 811000516-0

HACE CONSTAR:

Que la señora **HABLEIDY PALACIOS PEREA**, identificada con cédula de ciudadanía número 35. 896.315 expedida en Quibdó-Chocó, prestó servicios a esta entidad como **Trabajadora Social**, durante el periodo comprendido desde el 15 de marzo de 2009 hasta el 30 de noviembre de 2009, en el marco de la iniciativa de cooperación internacional "SEGUNDO LABORATORIO DE PAZ FINANCIADO POR LA UNION EUROPEA Y EL GOBIERNO NACIONAL" con el objetivo de **"Fomentar la vida digna y oportunidades económicas en la población víctima"**, en programas de **"Establecimiento de cultivos de caña y café, y seguridad alimentaria para las familias rurales del municipio de San Carlos"** proyecto: **"Establecimiento de parcelas productivas a 46 familias Víctimas del conflicto Armado"**, proyecto que fue ejecutado por ASOCOMUNAL SAN CARLOS.

Dentro de las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

- Realizar visitas domiciliarias a cada una de las familias victimas beneficiarias del proyecto.
- Realización de talleres de capacitación con las 46 familias victimas beneficiarias del proyecto, mediante habilidades para la vida.
- Fortalecimiento a los miembros de la Aso comunal San Carlos en temas de Liderazgo.
- Diseño de guion y transmisión de programas radiales en la Emisora del Municipio.
- Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en el territorio que esté a su cargo conforme a los lineamientos establecidos por el proyecto.
- Caracterizar a la población víctima, mediante un diagnóstico, permitiendo Identificar necesidades prioritarias en salud de las personas víctimas, de acuerdo con los lineamientos emitidos.
- Brindar la atención psicosocial en el marco de las orientaciones metodológicas propuestas, conforme a la Estrategia Metodológica de Atención Psicosocial.
- Elaboración de informes de manera consistente, coherente, descriptiva y de las actividades realizadas.

Powered by CamScanner

ASOCIACION DE JUNTAS DE ACCION COMUNAL Y VIVIENDA COMUNITARIA

SAN CARLOS – ANTIOQUIA

NIT: 811000516-0

- Apoyar el desarrollo del proyecto de focalización en el territorio a su cargo, conforme a los lineamientos establecidos por Asocomunal – Prodepaz y Unión Europea.

- Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida en el proceso de atención psicosocial a través de las suscripciones de la Fichas de Acercamiento.

La presente constancia se expide a petición de la interesada, para los fines que ella considere.

Dada en San Carlos – Antioquia, el 14 de diciembre de 2009.

Atentamente,

70162999

ROGELIO ANTONIO CARDONA SALAZAR

Presidente Asocomunal San Carlos.

Powered by CamScanner

La Ceja Diciembre 7 de 2007

A QUIEN PUEDA INTERESAR

La suscrita hace constar que HABLEIDY PALACIOS PEREA identificada con cédula de ciudadanía número 35.896.315 de Quibdó; laboró en la Institución Educativa Aciscom, desde el 1 de agosto del 2007; hasta el 30 de noviembre como Docente , devengando un salario mensual de $560.000

La presente se expide a solicitud de la interesada.

Atentamente

Aciscom
INSTITUCION EDUCATIVA
RECTORIA

MONICA ALEJANDRA BEDOYA GARZÓN
C.C. 39.442.092
Contadora

Calle 17 N° 13b-65. Teléfonos 553 03 03 – 553 58 75
e-mail: institucaciscom@une.net.co

SENA
CHOCÓ

21-

Quibdó, 16 de julio de 2007

LA COORDINADORA DEL GRUPO DE GESTION HUMANA DEL SENA REGIONAL CHOCO

CERTIFICA:

Que HABLEIDY PALACIOS PEREA, identificada con cedula de ciudadania numero 35.896.315 de Quibdo, presto sus servicios a esta Entidad, mediante orden de prestación de servicios como, Profesional Docente desde el 22 de marzo al 18 de mayo de 2007.

Esta solicitud se expide a solicitud de la interesada.

LEOPOLDINA CORDOBA CORDOBA

FUNDACIÓN CRISTIANA PARA NIÑOS Y ANCIANOS

PROYECTO QUIBDO C. F. C. A.

NIT. 818 000 812 - 1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN CRISTIANA PARA NIÑOS Y ANCIANOS PROYECTO QUIBDO (F, C, N, A) "CHRISTIAN FOUNDATION FOR CHILDREN AND AGING"

HACE CONSTAR:

Que, **HABLEIDY PALACIOS PEREA** identificada con la cédula de ciudadanía número 35.896.315 de Quibdó, laboró en estas institución, desempeñando el cargo de **TRABAJOS SOCIAL DE LA FUNDACIÓN CRISTIANA PARA NIÑOS Y ANCIANOS,** realizando talleres de formación con madres, jóvenes y niños, visitas domiciliarias en informes en general; con un contrato indefinido desde el 7 de Febrero de 2005 hasta 7 de febrero de 2006.

Para mayor constancia se firma en Quibdo, a los 18 días del mes de Enero de 2013.

Atte.

F.C.N.A. PROYECTO QUIBDÓ NIT. 818000812 - 1

LUZ NELLY HURTADO HINESTROZA
Directora de la Fundación

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Hableidy Palacios Perea

CC 35896315 de Quibdó, Chocó

Realizó y aprobó el Curso en Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas del conflicto armado PAPSIVI

con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-01

Fecha de vencimiento: 2028-07-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Justicia

El Ministerio de Justicia y del Derecho certifica que:

HABLEIDY PALACIOS PEREA

con cédula de ciudadanía No. C.C 35896315

Participó en el curso virtual sobre **'toma de desiciones con apoyo para personas con discapacidad'** de 2019 con una duración de 40 horas, ofrecido por la Dirección de Justicia Formal. Desarrollado entre el 25 de septiembre y el 23 de octubre de 2023.

Se entrega a los 23 días del mes de octubre de 2023

Constanza García Figueroa
Directora de Justicia Formal

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HABLEIDY PALACIOS PEREA

Con Cédula de Ciudadanía No. 35896315

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Espinal. a los ocho (8) dias del mes de mayo de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

JUAN CAMILO SOTO DIAZ
Subdirector (E)
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

89495049 - 08/05/2023
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 9123002734366CC35896315C.

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

HABLEIDY PALACIOS PEREA

C.C 35.896.315

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 24 de julio 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769454881206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f170b11a-0844-45af-9297-359307d5d1d8

Nombres y apellidos / Full name: **HABLEIDY PALACIOS PEREA**

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

Número de identificación / ID Number: **3589631 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/12/1982**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3105180060**

Correo electrónico / e-mail: **HABLEIDY1111@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia/Day)	(Mes/Month)	(Año/Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	16	02	2019			LA CEJA PROMEDAN IPS	SHARELIN JOHANA OTALVARO RIVERA
TD Adulto	Segunda	27	04	2019		221500217C	LA CEJA CIS COMFAMA	JULY NATALIA OTALVARO RIOS
Fiebre Amarilla	Única	27	04	2019		P3A101V	LA CEJA CIS COMFAMA	JULY NATALIA OTALVARO RIOS
TD Adulto	Tercera	30	01	2021		2338X004AE	LA CEJA PROMEDAN IPS	SHARELIN JOHANA OTALVARO RIVER
COVID PFIZER	Primera	27	04	2021	PFIZER	ER9449	MEDELLIN ESE METROSALUD UH Manrique	MARIA ISABEL SALAZAR TAMAYO
COVID PFIZER	Segunda	18	05	2021	PFIZER	ET6924	MEDELLIN ESE METROSALUD UH Manrique	YESSICA ALEJANDRA TAPASCO GUISAO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	02	03	2026		220501325A	LA CEJA CIS COMFAMA	PAULA ANDREA RAMIREZ RIOS - CC1040045827 - INACTIVO
TD Adulto	Cuarta	02	03	2026	Serum	2334L008A	LA CEJA CIS COMFAMA	PAULA ANDREA RAMIREZ RIOS - CC1040045827 - INACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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