

GRADO	: CPS 05
APELLIDOS Y NOMBRES	: DARLY YULIETH LADINO APONTE
CC	: 1.121.718.523 Inirida Guainia
DEPENDENCIA / ESPECIALIDAD	: Técnico Auxiliar de Enfermería

Mocoa, 18 de julio 2026

Señor Coronel
JAIME HERNAN ROJAS PARRA
Comandante Departamento de Policía Putumayo (E)

Respetado Coronel

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo, mis servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicios, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente necesario.

Así mismo, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el articulo 60 de la Ley 610 del 2000.

Atentamente,

Darly Yulieth Ladino A.
DARLY YULIETH LADINO APONTE
CC 1.121.718.523 Inírida - Guainía


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.121.718.523

LADINO APONTE

APELLIDOS

DARLY YULIETH

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

Darly Ladino A

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1997

INIRIDA
(GUAINIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-JUN-2015 INIRIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5000100-01117178-F-1121718523-20110202 0068145600A 1 1870780164

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
LADINO	APONTE	DARLY YULIETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1121718523	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 02 AÑO 1997	CALLE 12 11A 11 SUR BELLA VISTA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	PUTUMAYO
DEPTO	GUAINÍA	MUNICIPIO	MOCOA		
MUNICIPIO	INÍRIDA	TELÉFONO	3152119715	EMAIL	yuliethladinoaponte@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	12	AÑO	2014
										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	2	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2021	
PREGRADO	2	X		ACTUALIZACION EN GESTION DOCUMENTAL Y ADMINISTRACION DE ARCHIVOS	06	2017	

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)

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3505561188	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	22	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD PRESTADORA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 8 null null carrera 8 barrio centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3505561188	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	26	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD PRESTADORA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 8 null null carrera 8 barrio centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4201259	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	14	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD PRESTADORA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 8 80 8 Calle 8 Carrera 8 Esquina Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4201259	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD PRESTADORA DE SALUD					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4201259	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD PRESTADORA DE SALUD					*DIRECCIÓN*						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Monca, 18 de julio de 2026

Dely Yuliet Ladino Agudelo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-07-17 16:35

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DARLY	YULIETH	LADINO	APONTE

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121718523

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	GUAINÍA	Municipio	INÍRIDA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	MOCOA

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	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

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

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 "]
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	$24.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$24.000.000,00

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	$50.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Resultado General -2026-07-17 -11:25:55 AM

Tipo Identificacion	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1121718523	DARLY	YULIETH	LADINO	APONTE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DARLY YULIETH LADINO APONTE identificado(a) con CC 1121718523 registra la siguiente información:

2026-07-17 -11:25:55 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	**Local**	**AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**2022-01-21**	**184**	**DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

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

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

RESOLUCIÓN No. 25- 0184 De 2022

26 DE ENERO DE 2022

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que **LADINO APONTE DARLY YULIETH,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1121718523** expedida en **INIRIDA GUAINIA,** solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** diploma otorgado por, **LA FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD MARIE POUSSEPIN FORMASALUD EN FUSAGASUGÁ CUNDINAMARCA,** según **ACTA DE GRADO N. 112** con fecha de 17 de diciembre del 2021

Que dicho certificado de aptitud ocupacional no requiere Registro de la secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **LADINO APONTE DARLY YULIETH,** identificada con Cédula de Ciudadanía No.**1121718523,** expedida en **INIRIDA GUAINIA,** para ejercer como **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar electrónicamente la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 4. Del Decreto 491 de 2020.[1], advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición el cual podrá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación acorde con el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C., el 26 de enero de 2022

GILBERTO ALVAREZ URIBE
Secretario de Salud

Proyectó: Janeth Flórez A
Revisó. Julian Alberto Murcia C - OAJ
Revisó. Andrea Manosalva Martínez – OAJ

61 2022 01 18

[1] Notificación o comunicación de actos administrativos. Hasta tanto permanezca vigente la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la notificación o comunicación de los actos administrativos se hará por medios electrónicos. Para el efecto en todo trámite, proceso o procedimiento que se inicie será obligatorio indicar la dirección electrónica para recibir notificaciones, y con la sola radicación se entenderá que se ha dado la autorización".

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:48:50 AM horas del 17/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121718523**

Apellidos y Nombres: **LADINO APONTE DARLY YULIETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/07/2026 09:50:07 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121718523** y Nombre: **DARLY YULIETH LADINO APONTE.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **144059466** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299602165

PIB
09:45:50

Bogotá DC, 17 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DARLY YULIETH LADINO APONTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121718523:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de julio de 2026, a las 09:47:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121718523
Código de Verificación	1121718523260717094738

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:53:16 horas del 17/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121718523,** Apellidos y Nombres **LADINO APONTE DARLY YULIETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Policia Nacional**, con NIT **800141203-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1121718523 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 17/07/2026 09:35 AM

Código Verificación: **AMXGL2Z4JS**

Válida hasta: **15/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) DARLY YULIETH LADINO APONTE identificado(a) con CC 1121718523 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/01/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS-MOCOA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DARLY YULIETH LADINO APONTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.718.523**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco Popular

Certifica

Que Darly Yulieth Ladino Aponte, identificado(a) con Cédula de Ciudadania Nro. 1121718523 es titular de la -Cuenta-Ahorros Nro. 500803560111 y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a : Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo a los 17 días del mes de julio del año 2026.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Firmar

FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS
DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MÁQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1.2 Consorcio o Unión Temporal		1.11 Persona Natural Extranjera	
1.2 Departamento		1.12 Persona Natural Nacional	X
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera		1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.5 Establecimiento Público Nacional		1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6 Gobierno Extranjero		1.16 Regional sin NIT Especial	
1.7 Municipio		1.17 Resguardo	
1.8 Otra Pública Departamental		1.18 Sociedad de Economía Mixta	
1.9 Otra Pública Municipal		1.19 Universidad Pública	
1.10 Otro Beneficiario		1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2.TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	
2.2 Cédula de Extranjería		2.5 Pasaporte	
2.3 Número de Identificación Tributaria		2.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO 1 1 2 1 7 1 8 5 2 - 3

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA Ó NIT

3.TIPO DE RETENCIÓN

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente		3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro		3.6 Régimen Común	X
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor		3.7 Régimen Simplificado	
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor			

4.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Darly Yulieth Ladino Aponte

5.PAÍS Colombia

6.CIUDAD Maroa

7.TELÉFONO Y FAX 3152116715

8.DIRECCIÓN Villa Aurora

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA
2.NUMERO DE LA CUENTA 5 - 0 0 8 0 3 5 6 0 1 1 1

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** ☒
ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 18 de julio de 2026

Darly Ladino Aponte

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Mocoa, 18 de Julio de 2026

Señores
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo
Sanidad Policía Nacional
Ciudad

Yo Darly Ulicth Ladino Aponte identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1.121.718.523 certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ____ NO __X__ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2025.

Firma: Darly Ladino Aponte
Cédula: 1.121.718.523

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 18/07/2026
Hora: 15:00

Lugar de toma del consentimiento: UPRES DEPUY

Yo: Dely Yuliath Lodoño Agudelo

Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 1.121.318.523 de Londoño Huila

Mediante el presente documento autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo, realizar el trámite de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados.

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Fundamentos Legales: Ley 1581 de 2012 y su DECRETO 1377 DE 2013

Firma Dely Lodoño A
Cédula 1.121.318.523

DOCUMENTO NO CONTROLADO

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre
La Institución Educativa
"Luis Carlos Galán Sarmiento"

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No.905
del 30 de Octubre de 2001.

Confiere a:

Darly Yulieth Ladino Aponte

T.I. 970220176361 de Inírida

El Título de:
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica según los planes y programas Vigentes

Misael Torres Valverques
C.C.No. 17.121.892
Rector

Lina V. Mesa
Lina Victoria Mesa
C.C.No. 43.722.139
Coordinadora Académica

Zully Patricia Villegas Caro
C.C.No. 42.512.321
Secretaria Académica

Acta Individual de Graduación 2014

Institución Educativa Luis Carlos Galán Sarmiento

DANE 194001000496
ICFES 099333

En la ciudad de Inírida, Guainía a los 5 días del mes de diciembre de 2014, se reunieron la comisión de evaluación y promoción y el consejo académico con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de la Institución Educativa Luis Carlos Galán Sarmiento, aprobada a la fecha, en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación para otorgar el título en la modalidad académica, según resolución No. 905 del 30 de octubre de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a nivel de educación media académica, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

Darly Yulieth Ladino Aponte

T.I. 97022017636 DE INIRIDA

Es fiel copia tomada del acta original No. 010 del 5 de diciembre de 2014, que consta de 56 estudiantes que comienza con el nombre de **Acosta Guinare Herly** y se cierra con el nombre de Yepes Ospina Ingryd Vanessa.

Firmado y sellado por Misael Torres Bohórquez (rector), Lina Victoria Mesa (Coordinadora Académica) y Zully Patricia Villegas Caro (Secretaria Académica).

Dado en Inírida, Guainía a los 5 días del mes de Diciembre de 2014.

Misael Torres Bohorquez
C.C.No.19.015.969
Rector

Lina V. Mesa
Lina Victoria Mesa
C.C.No.43.732.439
Coordinadora Académica

Zully Patricia Villegas Caro
C.C.No.42.547.374
Secretaria Académica

La República de Colombia, Departamento de Cundinamarca, Secretaría de Salud

Fundación de Educación en Salud Marie Poussepin
"FORMASALUD" Fusagasugá

Aprobación Oficial Resolución No. 0998 del 13 de Octubre de 1999 Secretaría de Educación de Cundinamarca
Resolución de Renovación No. 0390 del 02 de Mayo de 2017 Secretaría de Educación de Fusagasugá

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Según Acuerdo No. 00377 de 2016 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

Confiere a:

Darly Yulieth Ladino Aponte

Identificada con C.C. N° 1.121.718.523 de Inírida

El Certificado de Aptitud Ocupacional Técnico Laboral por Competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1.800 horas Teórico-Prácticas.

Anotado al Folio No. 585 del Libro de Matrículas No. 09

Fusagasugá, 17 de diciembre de 2021

FORMASALUD DIRECCION

MARÍA DOLORES MORENO FAJARDO
Directora de la Fundación

GLORIA LEONOR CLAVIJO RAMIREZ
Coordinadora de la Fundación

ACTA DE GRADO Nº 112

Las suscritas Directora y Coordinadora de la Fundación de Educación en Salud MARIE POUSSEPIN "FORMASALUD" de Fusagasugá, Institución autorizada oficialmente por Resolución Nº 000998 de 13 octubre de 1999, de la Secretaria de Educación de Cundinamarca y, según Acuerdo Nº 00377 de 12 de diciembre de 2016, de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, con Resolución de Renovación Nº 0390 de 02 de mayo de 2017 de la Secretaria de Educación de Fusagasugá, hacen constar que en el Acta Nº 112 del Libro de Actas de Certificaciones de la Fundación, aparece que en la ciudad de Fusagasugá, Cundinamarca, el día diecisiete (17) de diciembre de dos mil veintiuno (2021), en el Teatro del Colegio de la Presentación, se realizó la Ceremonia de Certificación de estudiantes de la Fundación de Educación en Salud MARIE POUSSEPIN "FORMASALUD" de Fusagasugá, en la cual

DARLY YULIETH LADINO APONTE

C.C. 1.121.718.523 de Inírida

Por haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en el Reglamento de la Fundación, en el curso realizado del 19 de enero al 17 de diciembre de 2021, con intensidad total de 1.800 horas, recibió el Certificado de **Aptitud Ocupacional Técnico Laboral por Competencias en:**

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Conferido por la **Fundación de Educación en Salud MARIE POUSSEPIN "FORMASALUD" de Fusagasugá,** autorizada para otorgar este título por Resolución Nº 000998 de 13 octubre de 1999, de la Secretaria de Educación de Cundinamarca y, según Acuerdo Nº 00377 de 12 de diciembre de 2016 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, con Resolución de Renovación Nº 0390 de 02 de mayo de 2017 de la Secretaria de Educación de Fusagasugá.

La Ceremonia estuvo presidida por la Hna. MARIA DOLORES MORENO FAJARDO, Directora de la Fundación, previo juramento de rigor por parte de la graduanda, le hizo entrega del citado Título.

Para constancia se firma la presente Acta en Fusagasugá, hoy diecisiete (17) de diciembre de dos mil veintiuno (2021), por la Directora y la Coordinadora de la Fundación, así:

La Directora (Fdo.) **MARIA DOLORES MORENO FAJARDO**, C.C. 20.030.410 de Bogotá D.C.
La Coordinadora (Fdo.) **GLORIA LEONOR CLAVIJO RAMIREZ**, C.C. 41.522.017 de Bogotá D.C.

La presente copia se expide en Fusagasugá, hoy diecisiete (17) de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

FORMASALUD DIRECCION Fusagasugá

MARIA DOLORES MORENO FAJARDO
C.C. Nº 20.030.410 de Bogotá
Directora de la Fundación

GLORIA LEONOR CLAVIJO RAMIREZ
C.C. Nº 41.522.017 de Bogotá D.C.
Coordinadora de la Fundación

FORMASALUD Marie Poussepin	FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD MARIE POUSSEPIN FORMASALUD FUSAGASUGA - NIT 808-001.437 -0	Cod: SIGC DIR-FOR-01 Versión: 01
	FORMATO DE CORRESPONDENCIA	Fecha: 01/02/2026

Fusagasugá, 23 de julio de 2026

Señor:
Janer Ivan Cortes Banguera
Subintendente – Policia Nacional

ASUNTO: VERIFICACION DE TITULO

Dando respuesta a su solicitud de verificación recibida vía email, me permito comunicarle que, una vez revisados archivos de esta Fundación, se encontró la siguiente información:

APELLIDOS Y NOMBRES		DOCUMENTO	EXPEDIDO	TITULO	ACTA	FECHA	AÑO	FOLIO
DARLY YULIETH	LADINO APONTE	1.121.718.523	INIRIDA	TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	112	DIC-17	2021	150

Atentamente;

FORMASALUD SECRETARIA Fusagasugá

KATERINE VIVIANA VILLANUEVA PINZON.
Formasalud – Asiste Administrativa

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO
ÁREA CONTRATOS

Nro. GS-2025- 088132 **/ AREAD – GRUCO – 20.1**

Mocoa, octubre 28 de 2025

El suscrito Capitán **EDUARD YARA GOMEZ**, Jefe Administrativo del Departamento de Policía Putumayo, unidad que se encuentra identificada con NIT. **800.141.203-5**, hace constar que verificado el Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP II, la señora **DARLY YULIETH LADINO APONTE,** identificada con Cedula de Ciudadanía No. C.C.1.121.718.523 de Inírida - Guainía, ejecutó los siguientes contratos, así:

1.- CONTRATO No. 34-7-20014-22, Cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO**."

Especificaciones del contrato:

Valor total del Contrato: **SEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($6.629.179,80), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY**.

Plazo de Ejecución: El plazo para la prestación del servicio objeto del presente proceso será de ciento catorce (114) días; el cual iniciará a partir de la aprobación de la Garantía y suscripción de la Carta de Inicio.

Fecha de Inicio: agosto 23 de 2022
Fecha de Terminación: diciembre 16 de 2022
Estado del Contrato: se encuentra ejecutado.

2.- CONTRATO No. **34-7-20025-2022**, Cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO**."

Especificaciones del contrato:

Valor total del Contrato: **DOCE MILLONES TREINTA Y SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS CON NOVENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($12.037.194,90), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY.**

Plazo de Ejecución: El plazo para la prestación del servicio objeto del presente proceso será de doscientos siete (207) días; el cual iniciará a partir de la aprobación de la Garantía y suscripción de la Carta de Inicio.

Fecha de Inicio: diciembre 16 de 2022
Fecha de Terminación: Julio 10 de 2023
Estado del Contrato: se encuentra ejecutado.

3.- CONTRATO No. 34-7-20019-23, Cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICA AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO**."

Especificaciones del contrato:

Valor total del Contrato: **DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS** CON **SETENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($16.340.346,70), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY.**

Plazo de Ejecución: El plazo para la prestación del servicio objeto del presente proceso será de doscientos ochenta y un días (281) días; el cual iniciará a partir de la aprobación de la Garantía y suscripción de la Carta de Inicio.

Fecha de Inicio: septiembre 5 de 2023
Fecha de Terminación: junio 14 de 2024
Estado del Contrato: se encuentra ejecutado.

4.- CONTRATO No. 34-7-20010-24, Cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO.**"

Especificaciones del contrato:

Valor total del Contrato: **VEINTI UN MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS CON SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($21.977.514,07), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY.**

Plazo de Ejecución: El plazo para la prestación del servicio objeto del presente proceso será de doscientos sesenta y cuatro días (264) días; el cual iniciará a partir de la aprobación de la Garantía y suscripción de la Carta de Inicio.

Fecha de Inicio: Julio 02 de 2024
Fecha de Terminación: Marzo 26 de 2025
Estado del Contrato: se encuentra ejecutado.

5.- CONTRATO No. 34-7-20007-25, Cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO.**"

Especificaciones del contrato:

Valor total del Contrato: **QUINCE MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL PESOS CON DIEZ CENTAVOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($15.615.602,10), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY.**

Plazo de Ejecución: El plazo para la prestación del servicio objeto del presente proceso será de ciento cincuenta y nueve días (159) días; el cual iniciará a partir de la aprobación de la Garantía y suscripción de la Carta de Inicio.

Fecha de Inicio: abril 14 de 2025
Fecha de Terminación: octubre 22 de 2025
Estado del Contrato: se encuentra ejecutado

CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS

1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

TECNICO ***Resolución 193 del 14/05/2024*** *"por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el Hospital Central y nivel País de la Dirección de Sanidad".*	**Título:** técnico **Experiencia laboral:** mínimo seis (06) meses ***Resolución 193 del 14/05/2024*** *"por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el Hospital Central y nivel País de la Dirección de Sanidad".*

2. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	44	190	**$ 2.478.667,00**

3. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	HORAS ADMINISTRATIVAS	HORAS SEMANA	CANTIDAD POR MES	ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA
1. Prestar sus servicios profesionales como técnico auxiliar de enfermería, para el desarrollo de actividades requerida por los servicios. 2. Realizar actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud con los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 3. Realizar el diligenciamiento en forma amplia, clara, y suficiente la historia clínica según la naturaleza y el deber funcional del profesional, adhiriéndose a los protocolos médicos, guías de manejo y demás instrucciones para el servicio. 4. El contratista se obliga a cumplir con la normatividad relacionada con el correcto diligenciamiento de consentimiento informado, así como de la historia clínica electrónica y normatividad interna de la Dirección de Sanidad contenida en Directivas, Instructivos, Guías y demás documentos, conforme las herramientas tecnológicas dispuestas por la DISAN, so pena de incurrir en responsabilidad disciplinaria, administrativa y civil según sea el caso y conforme las investigaciones que se adelanten" 5. Registrar los procedimientos que no ameritan la apertura de una historia clínica mediante la herramienta del módulo PANEL AMBULATORIO, estipulado mediante resolución 471 del 28 de septiembre del 2016, por el cual se actualizó la estructura organizacional, funciones y responsabilidades para garantizar el uso permanente del sistema de información SISAP de la Policía Nacional. 6. Participación con las entidades de inspección, vigilancia y control del departamento, como lo son secretaria de Salud Departamental y Municipal, frente al tema de vacunación. 7. Seguimiento a las metas de vacunación que se deben cumplir por parte de las entidades de salud que forman parte de la red prestadora de servicios de salud de la	8	44	190	PROGRAMA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	HORAS ADMINISTRATIVAS	HORAS SEMANA	CANTIDAD POR MES	ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA
Policía Nacional, por municipios y biológicos de acuerdo a su grupo de edad. **8.** Diligenciamiento de los indicadores en la plataforma GEINF. **9.** Realizar demanda inducida a nivel departamental y seguimiento a las metas programáticas definidas por la Dirección de Sanidad. **10.** Identificar y evaluar el resultado de las actividades realizadas en los diferentes municipios con el fin de realizar análisis para identificar factores que influyen en las coberturas de vacunación. **11.** Realizar seguimiento a las coberturas de PAI regular. **12.** Aplicar instrumentos estandarizados para la recolección de la información de asistencia técnica. **13.** Realizar seguimiento a la cadena de frio de vacunación, de la red prestadora de atenciones en salud (red externa). **14.** Realizar actividades e intervenciones y procedimientos establecidos dentro del Plan Integral del Subsistema de Salud de Fuerzas Militares y Policía Nacional. **15.** Contribuir con el desarrollo del establecimiento de sanidad policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios. **16.** Apoyar periódicamente las actividades en cuanto al reporte al SIVIGILA. **17.** Reportar al jefe Grupo Prestador de Salud los primeros dos días de cada mes reporte de citas asignadas-citas canceladas- citas reasignadas- # recordatorio de citas. **18.** Llevar registro de atención diaria de procedimientos actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso asistencial y administrativo en donde se encuentre. **19.** Identificar necesidades de la población objeto y priorizarlas de acuerdo al análisis epidemiológico, orientándolas a planes, programas y actividades en salud, dentro de la red de servicios. **20.** Brindar orientación a todo usuario que lo requiera. **21.** Verificar las bases de datos de cada patología de la cuenta de alto costo, subidas al FTP por el medico líder de la Regional II, una vez se cierre el periodo de reporte y retroalimentar las bases de alto costo de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo. **22.** Verificar que en las bases de alto costo enviadas a la regional II, se encuentre la totalidad de los pacientes requeridos. **23.** Realizar diariamente demanda inducida, teniendo en cuenta la base nominal de nuestra población. **24.** Actualizar los inventarios semanalmente de cada patología, según lo reportado en las bases de datos del SIVIGILA, las cuales serán entregadas por el grupo caracterización de la población y actualización de derechos. **25.** Realizar seguimiento telefónico a los usuarios priorizados por cada patología. **26.** Una vez se capte un usuario de alto costo, deberá reportar de manera oportuna a los a la responsable de la cuenta de				

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	HORAS ADMINISTRATIVAS	HORAS SEMANA	CANTIDAD POR MES	ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA
alto de alto costo de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo. **27.** Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. **28.** Mantener contacto con los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional con el fin de asegurar, que estén informados sobre el curso de la enfermedad y los tratamientos que se realicen y los que se le tienen que aplicar en casa. **29.** Realizar procedimientos menores. **30.** Mantener actualizadas las bases de datos de los usuarios del SSPN que conforman las rutas de Atención Integral en Salud. **31.** Responder por la seguridad, conservación y aseo del equipo e instrumental de la dependencia. **32.** Solicitar con la debida anticipación los elementos necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones. **33.** Informar al supervisor inmediato sobre el desarrollo de sus actividades y novedades que se presenten. **34.** Gestionar las citas a los usuarios que resulten alterados en los tamizajes realizados de las actividades de Prevención y Mantenimiento de la Salud. **35.** Llevar y conservas las planillas de todas las actividades realizadas durante las intervenciones. **36.** Cargar al sistema todos los biológicos aplicados a los usuarios y realizar los seguimientos respectivos, para poder presentar informes a la Dirección de Sanidad y a los Entes de Control. **37.** Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación. **38.** Asistir a las reuniones mensuales del plan ampliado de inmunización que programe las Secretaria de Salud y la Dirección de Sanidad. **39.** Realizar el respectivo seguimiento a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos a la UPRES-DEPUY con respecto al plan ampliado de inmunización. **40.** Coordinar con las entidades de red externa jornadas de vacunación para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos a la UPRES-DEPUY. **41.** Realizar sesiones educativas de las Rutas de Atención en Salud, de acuerdo a lo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social. **42.** Realizar lavado, desinfección y esterilización de todo el instrumental utilizado en los diferentes procedimientos. **43.** Apoyo en cualquier servicio que exista la necesidad de acuerdo a su profesión. **44.** Velar por el uso racional de los insumos, e informar a la coordinación su consumo para realizar el pedido correspondiente. **45.** Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades infecciosas a la población.				

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	HORAS ADMINISTRATIVAS	HORAS SEMANA	CANTIDAD POR MES	ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA
46. Realizar informes ejecutivos dirigidos al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo de manera mensual, de las actividades que desempeñadas durante el mes.				
47. Rendir los informes que la institución requiera dentro de los plazos determinados, apoyar en digitación, consolidación de información y oficios que se requieran por parte de la responsable del Grupo Prestador de Atenciones en Salud.				
48. Mantener buenas relaciones interpersonales con el grupo de profesionales, con sus compañeros y los usuarios.				
49. Mantener el orden y organización del área de trabajo y demás dependencias del servicio durante toda jornada laboral.				
50. Mantener la debida reserva a comentarios que se emitan durante la consulta, actividades o procedimientos que realice.				
51. Apoyar el servicio de enfermería con actividades específicas de apoyo a eventos y celebraciones de salud dispuestas por la Unidad Prestadora de Salud Putumayo y Comando de Departamento de Policía Putumayo.				
52. Informar oportunamente al supervisor inmediato cualquier novedad en el desarrollo de sus actividades como modificación de la agenda, ausencia transitoria del trabajo, según la modalidad y vinculación laboral, los cuales deben tener el visto bueno correspondiente del jefe de la UPRES-DEPUY.				
53. Realizar el correspondiente proceso de limpieza y desinfección de equipos (balancines, pesas, equipo órganos. fonendoscopio, tensiómetro etc) de acuerdo a la periodicidad establecida en el servicio o cuando sea necesario.				
54. Realizar el cargue de los indicadores de manera mensual efectuando el respectivo análisis, con plazo único los primeros 7 días de cada mes según los siguientes parámetros: extraer la información que proporciona el FTP- Cargar el indicador diligenciando correctamente el numerador y denominador.				
55. Registrar el análisis de los indicadores de la siguiente manera: Causa del comportamiento del indicador ya sea favorable o desfavorable - efecto sobre los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo - comparación del resultado del indicador con la tendencia respecto del mes anterior y con el mismo mes en el año anterior - acciones de mejora si corresponde.				
56. El contratista deberá desplazarse a realizar las actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud dentro de la jurisdicción del Departamento del Putumayo a los usuarios del SSPN.				
57. Coordinar y participar en las jornadas de salud de Promoción y Mantenimiento de la Salud, realizando actividades tales como, pruebas rápidas de VIH- dengue, tamizajes, sesiones educativas, talleres y asesorías entre otras.				
58. El servicio debe ser proporcionado bajo responsabilidad del prestador contratado, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado por el ministerio de la protección social, en el decreto 1011 del 2.006; resolución 2003 del 2.014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de				

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	HORAS ADMINISTRATIVAS	HORAS SEMANA	CANTIDAD POR MES	ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA
servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de auditores del área sanidad putumayo incluyendo la atención de los eventos adversos generados durante el manejo del paciente entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado de la atención en salud y no de la enfermedad misma del paciente, situación que correrá por cuenta del contratista. **59.** Prestar en forma oportuna los servicios ofertados y según horario de atención estipulado, el cual debe ser bajo los principios de eficacia, calidad, oportunidad, universalidad y solidaridad, por 8 horas diarias por un tiempo no inferior a 44 horas semanales y 190 al mes, según ***Resolución 193 del 14/05/2024*** *"por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el Hospital Central y nivel País de la Dirección de Sanidad".* Estas horas deben ser prestadas de acuerdo a las necesidades de la UPRES Putumayo (días hábiles y horario hábil). **60.** Entregar macroagenda debidamente diligenciada los 23 de cada mes al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, por un término de 60 días. **61.** Presentar la cuenta de cobro correspondiente al mes causado, los veinticinco (23) días de cada mes, al supervisor del contrato de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo en los formatos establecidos por la unidad, anexando la planilla de pago de los aportes al sistema general de seguridad social con copia del desprendible de pago. **62.** Si en el momento de no continuar laborando para la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, hará entrega de los bienes inventariados mediante formato establecido y entrega del proceso, mediante acta a quien designe el jefe de la UPRES-DEPUY. **63.** Realizar el proceso de archivo de gestión dando aplicación a la ley general de archivo, de toda la documentación generada y puesta a su cargo. Es de anotar que se debe organizar por año la documentación en físico, en caso de entrega del proceso se debe entregar el archivo organizado y cumplimiento con la ley general de archivo. **64.** Responder por el funcionamiento del servicio en ausencia de la enfermera jefe. **65.** Guardar la debida reserva y discreción de la información que se le ha confiado. **66.** El contratista participara de acuerdo a su conocimiento, experiencia y perfil profesional, cuando se requiera, en la revisión y elaboración de los estudios previos "condiciones técnicas", de acuerdo a la necesidad que requiera la unidad. **67.** El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo,				

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	HORAS ADMINISTRATIVAS	HORAS SEMANA	CANTIDAD POR MES	ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA
68. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato **69.** Con el fin de proyectar una buena imagen ante el paciente, evitar la trasmisión de enfermedades que se asocian con diversos brotes. El profesional durante su jornada laboral, debe tener en todo momento el cabello recogido con malla y moño, así mismo evitar uñas largas con colores fluorescentes. **70.** Las demás funciones que le sean asignadas por parte del Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo y que sean afines de acuerdo a su perfil profesional.				

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

Conste:

Capitán EDUARD YARA GOMEZ
Jefe Administrativo del Departamento de Policía Putumayo

Elaborado por: TEA18 Maribeth Homen M.(Analista Contratos)
Revisado por: SI Gustavo Alejandro Avila Tr (Jefe Contratos)
Fecha de elaboración: 28/10/2025
Ubicación D:\CERTIFICACIONES 2025

Carrera 8 calle 8 esquina Barrio Centro
Teléfonos: 4295570
Depuy.ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14838145657

(415)7707212489984(8020) 000001483814565 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 1 7 1 8 5 2 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Guainía 9 4	Inírida 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LADINO	APONTE	DARLY	YULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal
CL 6 8 129 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico yuliethladinoaponte@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 1 1 9 7 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2022-07-15 / 02:48:42PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VELANDIA MENESES PABLO ANTONIO

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAGNOSTICOS E.U

Codigo de habilitacion 860010001601 NIT: 846001425-0

Dir. Calle 12 Nro. 9-103 Tel. 4296179.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL



Folio No: 84838 Admision No: 130949

PACIENTE:	LADINO APONTE DARLY YULIETH	**E.CIVIL:** SOLTERA	FECHA ATENCION: 21/05/2026 08:22 a. m.
IDENTIFICACION:	CC1121718523	**EDAD:** 29 Años 3 Meses	
No HISTORIA:	1121718523	**SEXO:** Femenino	**TELEFONO:** 3152119715
REGIMEN:	Particular	**FEC. NAC:** 20/02/1997	**MUNICIPIO:** MOCOA
EMPRESA:	POLICIA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO.		**DIRECCION:** BELLA VISTA

INFORMACION GENERAL:

EMPRESA:. . . . . DEPARTAMENTO DE POLICIA DEL PUTUMAYO
CARGO:. . . . . AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESTADO CIVIL: . . . . . SOLTERA
NIVEL EDUCATIVO:: . . . . . TECNICO
NUMERO DE PERSONAS A CARGO: . . . 0
EPS:. . . . . NUEVA EPS
AFP:. . . . . PORVENIR
ARL:. . . . . POSITIVA
TIPO DE EVALUACIÓN MEDICA LABORAR: PERIODICO
TIPO DE EXAMEN: . . . . . EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODIO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIORESPIRATORIO Y PIEL
CONCEPTO DE APTITUD:. . . . . EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

EXAMENES REALIZADOS:

GLICEMIA:. . . . . NORMAL, CUADRO HEMATICO: NORMAL
PERFIL LIPIDICO: . . . . . NORMAL
OSTEOMUSCULAR: . . . . . SIN APARENTE PATOLOGIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: ACEPTABLE
OPTOMETRIA:. . . . . NORMAL

RECOMENDACIONES GENERALES:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACION SEGUN RIESGOS DE LA EMPRESA, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CONTINUAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS O SINTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD POR COVID 19.

SEGUIMIENTO:

PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR

María Elena Pérez, M.D.
Especialista en SST.
RM 521700, Resolución 384
María Elena Pérez M.
CC. 27.359.442

Firma del Paciente

PROFESIONAL:	PEREZ MARIA ELENA
ESPECIALIDAD:	SALUD OCUPACIONAL
REGISTRO:	521700
IDENTIFICACION:	CC 521700

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

MANIFESTACION DE INTENCION DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE

CONTRATISTA Dady Yuliceth Ladino Aparte

PROFESION Tecnico Auxiliar de Enfermeria

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 282 de la Ley 100 de 1993, artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 y Ley 828 de 2003, me permito manifestar que me encuentro afiliado(a), y girando los aportes correspondientes a las siguientes Entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondo de Pensiones, en mi condición de Trabajador(a) Independiente, sin tener vínculo laboral alguno con la DIRECCIÓN DE SANIDAD – DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO:

E.P.S: (obligatorio) Nueva EPS

A.F.P. (obligatorio) Porvenir

De igual manera, atendiendo a la sentencia C-537 de 2023, inexiquibilidad de la obligación de todas las entidades y corporaciones públicas de afiliarse de la administradora de riesgos laborales de carácter público, nos permitimos por favor nos manifieste de manera voluntaria a la Administradora de Riesgos Profesionales que va a realizar la afiliación correspondiente:

A.R.P. (voluntario) Positiva

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P., determinado por la Superintendencia Bancaria, (En caso afirmativo debe anexar copia del presente documento y del contrato respectivo, que se llegare a realizar).

En consecuencia me comprometo como Contratista Independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes, en las proporciones de Ley, en caso de incurrir en mora o aporte parcial autorizo desde ya a la POLICIA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD para que descuente de los honorarios que se me adeuden y sea girado a las Entidades respectivas, el valor correspondiente.

Atentamente, FECHA 18 07 2026

Dady Ladino Aparte 1.121.718.523 DE Inirida Guainia

Correo Electrónico: deuil.rases-sel@policia.gov.co
Carrera 22 Sur No.26 A-21 Barrio Fronteras de Milenio Teléfono 8630065 Extensión 6421

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Dary Ulieth Ladino Agonte Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.121.718.523 con domicilio en Mocoa, Putumayo, de la empresa OPES DEPOY , cargo Auxiliar de Enfermería, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Yopal, a los dieciocho (18) días del mes de julio del año 2026.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
Post-Firma: Dixly Ladino Aponte
Identificación 1.121.718.523
Empresa: UPRES DEPOY
Cargo: Auxiliar de Enfermería

Dixly Ladino Aponte

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Darly Ulieth Ladino Aponte identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [18] del mes de [Julio] de [2026]

Darly Ulieth Ladino Aponte
Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Darly Ulieth Ladino Aponte

Documento de Identidad: 1.122.718.523

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
3268067	Prestación de servicios	23/08/2021	16/12/2022	6629.174,80	Singular	Público	Yely Portilla
41632299	profesionales y de apo-	16/12/2022	20/07/2023	12.033.194,90	Singular	Público	Lorena Obando
2963475	yo a la gestión co-	05/09/2023	14/06/2024	16340.346.70	Singular	Público	Lorena obando
51427758	mo técnico auxiliar	02/07/2024	26/03/2025	79.497.574,07	Singular	Público	Lorena obando
52944499	de enfermería para	14/04/2025	22/10/2025	15.615.601,10	Singular	Público	Wilmer Ricaurte
77616374	el área de promoci-	16/02/2026	17/07/2026	12.343.335	Singular	Público	Nora Navarro
	ón y mantenimiento						
	de la Salud en la uni-						
	dad Prestadora de						
	Salud Tipo B Puer-						
	to mayo						

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

DARLY YULIETH LADINO APONTE

Identificado(a) con CC. **1121718523**

Asistió al curso en:

HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 27/10/2025
Con una intensidad horario de ocho (8) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta: 27 de octubre 2027

Mocoa - Putumayo - Colombia

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7858b74d-1c92-4bdb-b153-c5e4455211c1

Nombres y apellidos / Full name: **DARLY YULIETH LADINO APONTE**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 1 7 1 8 5 2 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **20/02/1997**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3152119715**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Quinta	01	03	2018		221501316A	HOSPITAL M.E. PATARROYO IPS S.A.S	LIZETH HERNANDEZ
Sarampión Rubéola	Cero	15	05	2019		12345	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	NO REGISTRA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	30	01	2021		UFX19007	FUSAGASUGA CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO	ARNOLD MAURICIO QUITIAN RODRIGUEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	02	03	2021		UFX19007	FUSAGASUGA CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO	ARNOLD MAURICIO QUITIAN RODRIGUEZ
Varicela	Primera	20	07	2021		123	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO	JUAN SANCHEZ
COVID PFIZER	Primera	19	08	2021	PFIZER	29125BA	FUSAGASUGA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	AMANDA ROCIO HERNANDEZ OTALORA
COVID PFIZER	Segunda	09	09	2021	PFIZER	FE3593	FUSAGASUGA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	AMANDA ROCIO HERNANDEZ OTALORA
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	10	02	2022		HAVRIX720	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO	JUAN SANCHEZ
Triple Viral	Primera	16	03	2022		SERUM123	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO	JUAN SANCHEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	28	03	2022	PFIZER	34525TB	FUSAGASUGA EMP ASOCITIVA DE TRABAJO MULTIASISTIR	LEYDI TATIANA MAYORGA JIMENEZ
Hepatitis A Pediátrica	Única	15	06	2022		HAVRIX720	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO	JUAN SANCHEZ
Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición	Primera	23	11	2023	Serum	1480M097	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	YADY LINNETTE ROMERO PORTILLA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	23	11	2023	BUTANTAN	230049	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	YADY LINNETTE ROMERO PORTILLA
Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición	Segunda	30	11	2023	Serum	1480M097	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	JANETH GOMEZ CASTILLO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7858b74d-1c92-4bdb-b153-c5e4455211c1

Nombres y apellidos / Full name

DARLY YULIETH LADINO APONTE

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 1 7 1 8 5 2 3

Fecha de nacimiento / Date of birth

20/02/1997

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3152119715

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	04	04	2024	Sanofi Pasteur	W3E221V	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	JANNITTZZA MAYERLIN ACOSTA ROBLES

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

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

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

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

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

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

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

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B PUTUMAYO

No. GS-2026- 057231 /UPRES-JEFAT – 20.1

Mocoa, 18 de Julio de 2026

Señores
FORMASALUD
Oficina de Registro y Control Académico
Carrera 5 No 8-65
Teléfono (601) 8732397 - 3125855840
Correo formasaludfusagasuga@gmail.com, formasaludfusa@presantafe.com.co
Fusagasugá Cundinamarca

Asunto: Solicitud Verificación de Título Profesional, Técnico, Auxiliar o Especialista

Respetuoso saludo

Con el fin de realizar el proceso de verificación del título como (profesional, técnico, auxiliar o especialista), según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014) tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, para efectos de contratación. De manera atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como (profesional, técnico, auxiliar o especialista), con las siguientes características.

Nombre del profesional, técnico, auxiliar o especialista	DARLY YULIETH LADINO APONTE
Titulo otorgado	TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma o acta de grado o ambos	17/12/2021
Documento de identidad del profesional o técnico	1.121.718.523
Ciudad de expedición	Inírida Guaviare
Observaciones	Ninguna

Por favor, sírvase dirigir su respuesta a: depuy.upres@policia.gov.co
Janer.cortes@correo.policia.gov.co
Carrera 9 calle 8 esquina
Unidad Prestadora de Salud Putumayo

Atentamente;

Teniente, **ELIANA CORREA MONSALVE**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo

Elaboró: Subintendente JANER IVAN CORTES BANGUERA
UPRES-GUSAP

Revisó: Intendente OSCAR LUIS SABALZA MARTINEZ
UPRES-JEFAT.

Fecha de elaboración: 18-07-2026
Ubicación: D/ OFICIOS 2026

Calle 8 Carrera 8 Esquina Barrio Centro
Celular 3505561188
depuy.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co/disan

INFORMACIÓN PÚBLICA

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

DARLY YULIETH LADINO APONTE

Identificado(a) con CC. **1121718523**

Asistió al curso en:

SOPORTE VITAL BASICO DE VIDA SVBV(RCP BASICO)

GUIAS AHA 2010/ACTUALIZACION 2015/2020/2025
Según Res. 3100 DEL 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 14/07/2026
Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

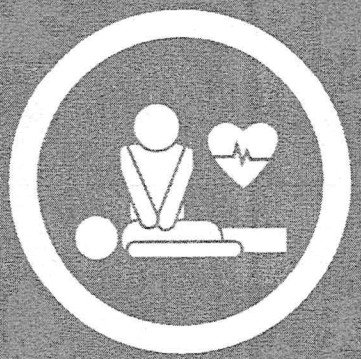
Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta: 14 de julio 2028

Mocoa - Putumayo - Colombia



CONSTANCIA

FOLIO: C5FDAE62 -2D3A -4EBF -931A -9C73F9007812

PARA ACREDITAR QUE

DARLYLADINOAPONTE

CURSA

Introducción a Primer Respondiente

PRESENTANDO A LA FECHA UN AVANCE DE 92 % Y UN PUNTAJE DE 8.83 .

FECHA Y HORA DE INSCRIPCIÓN : 17 JUL . 2026 - 02 :28 P. M.

Capacítate para el empleo | FUNDACIÓN Carlos Slim

Para verificar la autenticidad de este documento escanea el código QR o dirígete a:
https://capacitateparaelempleo.org/verifica/ee698032-04e8-41ef-aaf1-e2627c65020d/c5fdae62-2d3a-4ebf-931a-9c73f9007812

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

DARLY YULIETH LADINO APONTE

Identificado(a) con CC. **1121718523**

Asistió al curso en:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

RESOLUCIÓN 459 DE 2012 - RESOLUCION 3100 DE 2019 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 14/07/2026
Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta: 14 de julio 2028

Mocoa - Putumayo - Colombia

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

DARLY YULIETH LADINO APONTE

Identificado(a) con CC. **1121718523**

Asistió al curso en:

CUIDADO PALIATIVO Y MANEJO DEL DOLOR

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 15/07/2026
Con una intensidad horario de cuarenta y seis (46) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta: 15 de julio 2028

Mocoa - Putumayo - Colombia

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

DARLY YULIETH LADINO APONTE

Identificado(a) con CC. **1121718523**

Asistió al curso en:

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 28/01/2026
Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta: 28 de enero 2028

Mocoa - Putumayo - Colombia