REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.010.076.339**

PALACIOS PALACIOS

APELLIDOS

LEIDY

NOMBRES

Leidy Palacios P.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

08-MAY-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01009049-F-1010076339-20180523 **0061**270402A 1 50385868

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes190 de1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PALACIOS	PALACIOS	LEIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C ● C.E ○ PAS ○ No 1010076339	F X M	COL. ● EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO_____ D.M_____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*
FECHA DÍA 06 MES 05 AÑO 2000	B/ CRA 18 # 150 -24 BARRIO JARDIN LA 18
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA DEPTO CHOCÓ
DEPTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO QUIBDÓ
MUNICIPIO BOGOTÁ	TELÉFONO 3126924257 EMAIL palaciosleidy123palacios@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: BACHILLER ACADÉMICO*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 06 AÑO 2018

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES(ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO OPHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TL	6	X		TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA	04	2026	

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DROGUERÍA PAGUE MENOS	X		**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	**QUIBDÓ**	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 01 MES 02 AÑO 2024	DÍA 03 MES 04 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS		**B/ KENNEDY**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DROGUERÍA SALUD Y VIDA	X		**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	**QUIBDÓ**	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 31 MES 03 AÑO 2021	DÍA 31 MES 01 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS		**B/ CRISTO REY**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

4 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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	**5**	2

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (x) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA 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_____

Freidy Polanco Polanco.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 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 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **LEIDY PALACIOS PALACIOS**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° **1,010,076,339** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	**Chocó**	**Quibdó**

Dirección	Teléfonos
B/ Jardín sector la 18	**3126924257**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
KHOILY SARAY MOSQUERA PALACIOS	**T.I 1031183878**	**HIJA**

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	**22.743.440**
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ **22.743.440**

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	**AHORRO**	**536-71273385**	**QUIBDÓ**	$ **5.000**

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO x** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

QUIBDO 15/07/2026.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Certificación
Bancaria

Miércoles, 08 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LEIDY PALACIOS PALACIOS identificado(a) con CC 1010076339, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	53671273385	2024-08-23	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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

Colegio Superior de Palermo

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 110193 del 20 de mayo de 2015

Confiere a:

LEIDY PALACIOS PALACIOS

C.C. 1010076339 de BOGOTÁ D.C

El título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media, según los planes y programas vigentes.

Dado en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de julio del 2018.

Colegio Palermo
Educando para el futuro

Mónica Agudelo Guevara
C.C. 23449459 de Corrales Boyacá
Rector(a)

Paula Andrea Londoño Suárez
C.C. 1032454501 de Bogotá D.C.
Secretaria

Anotado al folio No 257 acta No. 029 de 2018

No requiere Registro "según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República"

Acta Individual de Grado

Palermo

Colegio Superior de Palermo

Autorizado por la secretaria de Educación de Bogotá D.C.
Según resolución No. 110193 del 20 de Mayo de 2015
Calle 132 D Bis No. 132 – 08, Teléfonos: 497 5994 – 312 584 1691

En la ciudad de Bogotá D.C. a los dos (2) días del mes de julio del 2018, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado Once, los suscritos Rector(a) y Secretaria(o) del Colegio Superior de Palermo, institución aprobada en el nivel de educación Media Académica y autorizada para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según **Resolución No. 110193 del 20 de mayo de 2015** secretaria de educación Bogotá D.C.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Básica y Media Académica se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

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

LEIDY PALACIOS PALACIOS
C.C. 1010076339 de BOGOTÁ D.C

Es fiel copia tomada del acta original General No. 029 del día dos (2) del mes de julio del 2018, que consta de 72 estudiantes, comienza con el nombre de *DARWYN STEVEN ALDANA RODRIGUEZ* y termina con el nombre de *YENNIFER VILLAFRADES MORENO.*

Firmado y sellado por:
Rector(a): Mónica Agudelo Guevara
Secretaria: Paula Andrea Londoño Suárez

Dado en Bogotá D.C. a los dos (2) días del mes de julio del 2018.

C.C. 23449459 de Corrales Boyacá

C.C. 1032454501 de Bogotá

Folio 257

No requiere registro, "según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

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

Teniendo en cuenta que

LEIDY PALACIOS PALACIOS

C.C. Nº. 1010076339 de Bogota D.C.

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

TECNÓLOGA EN REGENCIA DE FARMACIA

Dado en Bogotá D.C., el día 24 de Abril de 2026

Rector

Decana

Secretaria General

Acta de Grado Nº 2639
Fecha 24 de Abril de 2026
Registro de Diploma 173862
Libro 29, Folio 16

Registro M.E.N. 2775

Código de Seguridad: 2103-AA-122259

Código Seguro de Verificación: InMJH58Oz6UmumOkj

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 2639

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

En ceremonia realizada el día 24 de Abril de 2026 en la ciudad de Quibdó y presidida por el Doctor Freddy Mayo Rentería, Director del CENTRO QUIBDÓ, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

TECNÓLOGA EN REGENCIA DE FARMACIA

REGISTRO ICFES - M.E.N. 2775

A:

LEIDY PALACIOS PALACIOS

Identificada con C.C. No. 1010076339 de Bogotá D.C., quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN: EN FARMACOVIGILANCIA

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de Abril de 2026.

Anotado en el libro de actas No. 8
Registro de Diploma 173862, Libro 29, Folio 16

...COPIA.DIGITAL.AUTENTICA...

Decana

Secretaria General

Código Seguro de Verificación: HM0aoRwDGdeVXNsu

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1010076339	LEIDY		PALACIOS	PALACIOS	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) LEIDY PALACIOS PALACIOS identificado(a) con CC 1010076339 registra la siguiente información:

2026-07-08--8:17:35 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-12-02	27297	DTS SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD CHOCÓ
UNV	Local	TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA	2026-05-21	27232	DTS SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD CHOCÓ

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).

RESOLUCIÓN NÚMERO 27 2 DE 2026

(21 MAY 2026)

POR MEDIO DE LA CUAL SE CONCEDE AUTORIZACIÓN EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CHOCÓ, en uso de sus facultades legales conferidas en la ley 715 de 2001, ley 1164 de 2007, Decreto N°1875 de 1994, Decreto N°019 de 2012, demás concordante sobre la materia y

C O N S I D E R A N D O

Que la Ley 715 de 2001, artículo 43, determina las *Competencias de los departamentos en salud,* sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, correspondiendo a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia, el cual asignan las funciones allí descritas.

Que el artículo 17 de la Ley 1164 de 2007, prescribe que "*Las profesiones del área de la salud están dirigidas a brindar atención integral en salud, la cual requiere la aplicación de las competencias adquiridas en los programas de educación superior en salud.*

Que dentro de los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud establecidos en el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, se debe acreditar como condición académica el *Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, ¡o la norma que la modifique adicione o sustituya.*

Que el artículo 1° del Decreto N° 1875 de 1994, prescribe que los títulos expedidos por las Instituciones de Educación Superior en el área de la Salud se registrarán en la Secretaría de Salud del Departamento en donde está ubicada la institución formadora. Tal registro autoriza de manera automática el ejercicio respectivo en todo el territorio nacional.

Que el artículo 3 del Decreto N° 1875 de 1994, establece la siguiente documentación como exigencia de requisitos para el registro de los títulos:

"*a) Copia autenticada de la cédula de ciudadanía o de la cédula de extranjería;*

b) Diploma original que acredita el título profesional o el de especialista. Si los títulos fueron obtenidos en el exterior, se anexará copia autenticada de la resolución de convalidación expedida por el Icfes;

c) Copia autenticada del acta de grado;

Que el Decreto N° 019 de 2012 en su artículo 25 expresa:

"ARTÍCULO 25. Eliminación de autenticaciones y reconocimientos. *Todos los actos de funcionario público competente se presumen auténticos. Por lo tanto, no se requiere la autenticación en sede administrativa o notarial de los mismos. Los documentos producidos por las autoridades públicas o los particulares que cumplan funciones administrativas en sus distintas actuaciones, siempre que reposen en sus archivos, tampoco requieren autenticación o reconocimiento.*

Ninguna autoridad administrativa podrá exigir la presentación, suministro o entrega de documentos originales autenticados o copias o fotocopias autenticados, sin perjuicio de los controles o verificaciones que dichas entidades deban realizar, salvo para el reconocimiento o pago de pensiones.

RESOLUCIÓN NÚMERO 27 [illegible] DE 2026

(21 MAY 2026)

Los documentos privados, tuvieren o no como destino servir de prueba en actuaciones administrativas, incluyendo los provenientes de terceros, se presumen auténticos, mientras no se compruebe lo contrario mediante tacha de falsedad, con excepción de los poderes especiales y de las actas de asamblea general de accionistas, junta de socios y demás actos de personas jurídicas que deban registrarse ante las Cámaras de Comercio, las cuales deberán ser presentadas personalmente por sus otorgantes ante el secretario de la respectiva Cámara.

Las copias simples que expidan los notarios de los documentos que reposan en los respectivos protocolos no se autenticarán, salvo que el interesado así lo solicite."

que, ***PALACIOS PALACIOS LEIDY,*** *identificada con cedula de ciudadanía N°1.010.076.339 expedida en Bogotá, solicitó autorización ante la Secretaría de Salud Departamental para el ejercicio como,* ***TECNÓLOGA EN REGENCIA DE FARMACIA*** *quien allego la siguiente documentación:*

1. *Copia de la cedula de ciudadanía.*
2. *Diploma original que acredita el título profesional*
3. *Copia del acta de grado.*

Que, la ***UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA -UNAD*** *certificó que la profesional fue graduada por dicha institución el 24 de abril de 2026, con número de acta* ***2639*** *y registro número* ***173862*** *como lo indica el Diploma.*

Que, revisada y verificada la documentación presentada, cumple con los requisitos exigidos para autorizar el ejercicio de la profesión por parte de la secretaría de salud conforme lo establece el artículo 4 del decreto N° 1875 de 1994.

Que sin entrar en más consideraciones;

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, ***PALACIOS PALACIOS LEIDY*** *identificada con cedula de ciudadanía,* N° *1.010.076.339 expedida en Bogotá, para,* ejercer la profesión en el Territorio Nacional como, ***TECNÓLOGA EN REGENCIA DE FARMACIA***

ARTICULO SEGUNDO: Está a autorización le permite ejercer la profesión en cualquier parte del país.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición ante la secretaria de Salud Departamental del Chocó y de apelación ante el Gobernador del Chocó, los cuales deben ser interpuestos dentro de los Diez (10) días siguientes a la fecha de notificación del presente acto administrativo, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO CUARTO La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en la ciudad de Quibdó a los, 21 MAY 2026

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

ANA BETZA PALACIOS MORENO
Secretaria de Salud Departamental del Chocó

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Elaboro	Yadira Machado Rentería – Apoyo Talento Humano SSO		Quibdó, 2026
Aprobó	ANA BETZA PALACIOS MORENO- Secretaria de Salud Departamental del Chocó		Quibdó, 2026

DROGUERIA SALUD Y VIDA D.S

NIT 98.475.788-1

A QUIEN LE PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente se certifica que la señora **LEIDY PALACIOS PALACIOS** identificada con cedula de ciudadanía N°1.010.076.339 de Quibdó-Choco, laboro en esta empresa desde el 1 de marzo del 2021, hasta el 31 de enero del 2024, desempeñando el cargo de auxiliar de farmacia, tiempo durante el cual se desempeñó como una persona responsable, honrada, con buen trato personal y cumpliendo con sus funciones, contaba con un contrato a término indefinido, el cual se terminó por renuncia voluntaria.

Para constancia se firma en Quibdó, a los (05) días del mes de febrero de 2024.

Jessica Ruiz Rojas.

JESSICA RUIZ ROJAS
Administradora

Carrera 4ta # 28 -02 - Barrio Cristo Rey - 6716091 - Quibdó-Choco

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:40:15 PM horas del 08/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1010076339**

Apellidos y Nombres: **PALACIOS PALACIOS LEIDY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299141808

PIB
14:41:26

Bogotá DC, 08 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) LEIDY PALACIOS PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010076339:

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 miércoles 08 de julio de 2026, a las 14:41:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010076339
Código de Verificación	1010076339260708144155

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/07/2026 02:40:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1010076339** y Nombre: **LEIDY PALACIOS PALACIOS.**

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. **143542343** . 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

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 14:45:02 horas del 08/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010076339,** Apellidos y Nombres **PALACIOS PALACIOS LEIDY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **POLICIA NACIONAL**, con NIT **800141397-5** 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.

© 2026 Policía 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 1010076339 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 08/07/2026 02:50 PM

Código Verificación: **WBYZ9NFM3D**

Válida hasta: **06/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141253432834

(415)7707212489984(8020) 000014125343283 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 0 7 6 3 3 9	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 0 7 6 3 3 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PALACIOS	PALACIOS	LEIDY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CR 18 150 24 BRR JARDIN LA 18

42. Correo electrónico palaciosleidy123palacios@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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: 1 61. Fecha 2026-05-25 / 08:20:00AM

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 RONDON RODRIGUEZ CLAUDIA CONSTANZA

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 08-07-2026 02:35:05PM

ANEXO No. 2

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

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

2.TIPO DE DOCUMENTO

1.1 Cédula de Ciudadanía	☒	1.4 Otro Tipo de Documento	☐
1.2 Cédula de Extranjería	☐	1.5 Pasaporte	☐
1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT)	☐	1.6 Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO 1 0 1 0 0 7 6 3 3 9 ☐

3.NOMBRE O RAZON SOCIAL Jairo Palacios Palacios

4.PAIS Colombia.

5.CIUDAD

6.TELEFONO Y FAX 3126424257

7.DIRECCION Cr 18-150-24 barrio jardín 18.

INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA Bancolombia

2.NUMERO DE LA CUENTA 5 3 6 7 1 2 7 3 3 8 5 ☐

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** ☒

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 22 de julio 2026.

Jairo Palacios.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LEIDY PALACIOS PALACIOS identificado(a) con CC 1010076339 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/07/2021

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **FUNDACION HUMANA PARA LA SALUD DE COLOMBIA - IPS HUMSALUD SEDE QUIBDO**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes 7 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

CER_AFI_2026029009631

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LEIDY PALACIOS PALACIOS identificado con CC. 1010076339 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	DROGUERIA PAGUE MENOS D&V E.U	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901731040

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2024/03/21	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	1	**Código Actividad Económica**	1477301

Esta certificación se expide a los 8 días del mes de julio del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC08072026N1010076339A19691714.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Dr. Erick Zuñiga
MÉDICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA OCUPACIONAL: 10658-11092018

Dr Erick Alberto Zuñiga Andrade
Codigo de habilitacion 11802148 NIT: 11802148-1
Dir. Cra 5 N0 25 60 Barrio alameda centro Tel. 6725517.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL



Folio No: 18599 Admision No: 0

PACIENTE: PALACIOS PALACIOS LEIDY
IDENTIFICACION: CC1010076339
No HISTORIA: 1010076339
REGIMEN: .
EMPRESA: NUEVA EPS.

E.CIVIL: Soltero(a)
EDAD: 26 Años 2 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 06/05/2000

FECHA ATENCION: 08/07/2026 04:39 p. m.
TELEFONO: 3126924257
MUNICIPIO: SANTAFE DE BOGOTA. (Bog.)
DIRECCION: JARDIN LA 18

INFORMACION GENERAL:

EMPRESA:. . . . . INDEPENDIENTE
CARGO:. . . . . REGENTE DE FARMACIA
ESTADO CIVIL: . . . . . SOLTERA
NIVEL EDUCATIVO:: . . . . . PROFESIONAL
EPS:. . . . . NUEVA EPS
TIPO DE EVALUACIÓN MEDICA LABORAR: EXAMEN MEDICO OCUPÁCIONAL
TIPO DE EXAMEN: . . . . . INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIO RESPIRATORIO, NEUROLOGICO Y PIEL
CONCEPTO DE APTITUD:. . . . . APTA PARA EL CARGO

EXAMENES REALIZADOS:

VISIOMETRIA: . . . . . VISIOMETRIA: VISION CERCANA: OD: 20/20 OI: 20/20 VISION LEJANA: OD: 20/20 OI: 20/20 DX: EMETROPE
OSTEOMUSCULAR: . . . . . EL TRABAJADOR PRESENTA ESTADO FUNCIONAL OSTEOMUSCULAR COMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES LABORALES, CON RECOMENDACIONES PREVENTIVAS SEGÚN LOS HALLAZGOS.
OTROS EXAMENES . . . . . HEMOGRAMA Y CREATININA CON RESULTADOS NORMALES

RECOMENDACIONES GENERALES:

PESO: 65.8KG TALLA:155
SE REALIZA EXAMEN OSTEOMUSCULAR CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS
COLUMNA CERVICAL NORMAL
COLUMNA DORSOLUMBAR: SIN DESVIACIONES ANORMALES. NO PUNTOS DE GATILLOS
HOMBROS: PALPACION DE PUNTOS ANATOMICOS SIN DOLOR, NO PRESENCIA DE SINDROME DE CALCIFICACIONES O PINZAMIENTOS ,MOVILIDAD ARTICULAR NORMAL
CODOS: PALPACION DE EPICONDILOS NORMALES, MOVILIDAD ARTICULAR NORMAL
MUÑECAS: SIMETRICAS. MOVILIDAD NORMAL, TINEL Y PHALEN NEGATIVO BILATERAL
CADERAS: SIMETRICAS CON ARCO DE MOVILIDAD NORMAL -FLEXO EXTENSION NORMAL
EXTREMIDADES INFERIORES: SIMETRICAS, MARCHA NORMAL EN PUNTA Y TALON SIN ANTALGIAS.
TEST DE LASEGUE NEGATIVO. NO HIPOESTESIAS

DE ACUERDO CON EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO EL DIA 8/07/ 2026 CON FOLIO NUMERO Y CONSIDERANDO LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE EXPOSICION , SE DAN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE LABORAR

1. MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS
   - USO DE EPP:
     - GUANTES (SEGÚN ACTIVIDAD)
     - TAPABOCAS SI HAY MANIPULACIÓN DE POLVOS/AEROSOLES
2. ERGONOMÍA Y POSTURA
   - ALTERNAR:
     - POSICIÓN DE PIE ↔ SENTADO CADA 1-2 HORAS
   - EVITAR:
     - PERMANECER DE PIE PROLONGADAMENTE
   - USO DE CALZADO CÓMODO Y ANTIDESLIZANTE
3. MOVIMIENTOS REPETITIVOS
   - EVITAR SOBRECARGA DE:
     - MUÑECAS
     - HOMBROS
   - USO DE SUPERFICIES DE TRABAJO ADECUADAS
4. PAUSAS ACTIVAS
   - CADA 2-3 HORAS
   - ESTIRAMIENTOS DE:
     - CUELLO
     - ESPALDA
     - MIEMBROS SUPERIORES
5. PREVENCIÓN DE ERRORES
   - VERIFICACIÓN DE:
     - MEDICAMENTO CORRECTO
     - DOSIS
     - PACIENTE
   - ☐ (DOBLE CHEQUEO EN MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO)
6. RIESGO PSICOSOCIAL
   - EVITAR JORNADAS PROLONGADAS SIN DESCANSO
   - MANEJO DE ESTRÉS LABORAL
   - ROTACIÓN DE FUNCIONES SI ES POSIBLE

Cumplimiento Normativo y Legal: Mantén siempre al día tu inscripción en el ReTHUS y tu resolución vigente. Conoce

DR.ERICK ZUNIGA A.
ESPECIALISTA EN S. S. T
LICENCIA: 10658 11092018
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ

Fec Impresion: 23/07/2026 01:50:34 p. m. Usuario: ERICK Infosalud Net

320 564 5313 droguerialclinifarma@gmail.com Cra 5 No 25 - 60 B/ Alameda Reye Quibdó, Chocó

Dr. Erick Zuñiga
MÉDICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA OCUPACIONAL: 10658-11092018

Dr Erick Alberto Zuñiga Andrade

Codigo de habilitacion 11802148 NIT: 11802148-1

Dir. Cra 5 N0 25 60 Barrio alameda centro Tel. 6725517.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL



Folio No: 18599 Admision No: 0

PACIENTE: PALACIOS PALACIOS LEIDY
IDENTIFICACION: CC1010076339
No HISTORIA: 1010076339
REGIMEN: .
EMPRESA: NUEVA EPS.

E.CIVIL: Soltero(a)
EDAD: 26 Años 2 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 06/05/2000

FECHA ATENCION: 08/07/2026 04:39 p. m.
TELEFONO: 3126924257
MUNICIPIO: SANTAFE DE BOGOTA. (Bog.)
DIRECCION: JARDIN LA 18

a fondo la legislación farmacéutica para garantizar que el almacenamiento, dispensación y destrucción de medicamentos cumplan con los estándares exigidos
Gestión de Inventario y Control de Calidad: Evita pérdidas implementando técnicas como la "semaforización" para controlar fechas de vencimiento. El buen uso de las herramientas ofimáticas o software especializados (ERP) garantizará la trazabilidad de los medicamentos, especialmente aquellos de control especial o alto costo.
Habilidades Blandas y Liderazgo: Fomenta la comunicación asertiva y la empatía. Como director técnico, el manejo de personal exige saber delegar, motivar a tu equipo y orientar al paciente de manera clara y comprensible sobre el uso de los medicamentos

- Yo ,LEIDY PALACIOS PALACIOS mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía N°.1010076339 , expedida en BOGOTA DC
- Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica de acuerdo a la resolución y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico Erick Alberto Zuñiga Andrade (Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo) con licencia No 10658-11092018 para que me sea realizado el presente examen medico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica encargada para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional con fines de disminuir la materialización de los riesgos llamese enfermedad laboral o el accidente de trabajo .me comprometo a participar en las actividades que la empresa requiera para promover los ambientes laborales sano y la buena salud. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Dr. Erick Alberto Zuñiga Andrade
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 10658 11092018

Firma del Paciente

PROFESIONAL: ZUÑIGA ANDRADE ERICK ALBERTO
ESPECIALIDAD: Esp Seguridad y Salud en el Trabajo
REGISTRO: 10658 11092018
IDENTIFICACION: CC 11802148

DR ERICK ZUÑIGA A.
ESPECIALISTA EN S. S. T
LICENCIA: 10658 11092018
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ

320 564 5313
drogueriaclinifarma@gmail.com
Cra 5 No 25 - 60 B/ Alameda Reye
Quibdó, Chocó

Fec Impresion: 23/07/2026 01:50:34 p. m. Usuario: ERICK Infosalud Net

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO TALENTO HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN

REALIZADO POR TALENTO HUMANO

Yo Leidy Palacios Palacios identificado con Cedula de Ciudadanía 1010076339 de Bogota D.C durante el proceso de selección se me ha informado en el momento de la entrevista que el contrato que llegaría a firmar con la Unidad Prestadora de Salud Chocó de la Policía Nacional es por Prestación de Servicios, donde debo cumplir con los siguientes requisitos:

1) Pagar salud, pensión y como independiente, sobre el 40% del valor mensual de mis honorarios, sin que este valor sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Acepto: X No Acepto: _____

2) Se me ha explicado los diferentes riesgos de afiliación a la ARL dependiendo de la Unidad Médica a Laborar.

Acepto: X No Acepto: _____

3) Realizar el pago de pólizas contractuales las cuales son, de calidad y cumplimiento, responsabilidad civil y contractual (si aplica); las pólizas se pagan por el valor total del contrato ante cualquier aseguradora.

Acepto: X No Acepto: _____

4) Me han dado a conocer que la unidad a laborar es UPRES · CHOCÓ, con una intensidad horaria equivalente a 8 horas diarias, horas semanales 44 y horas mensuales 190.

Acepto: X No Acepto: _____

FIRMA Leidy Palacios Palacios

NOMBRE Leidy Palacios palacios.

CEDULA 1010076339

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Quibdó 21 julio de 2026

Señores
Fondo Rotatorio
Policía Nacional
Ciudad

Yo Jeiny Palacios Palacios identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1018076334 de Bogotá. certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI X NO ____ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2025.

FIRMA Jeiny Palacios

NOMBRE Jeiny Palacios Palacios

CEDULA 1018076334

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, JHON JAIRO JARAMILLO identificado con la cedula de ciudadanía No. 1010076339 con domicilio en BOGOTA - MUNDO, de la empresa Policia Nacional, cargo PATRULLERO PATRULLA, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____ convenio X acuerdo _____ No. 05-2026-06 del 22-07-26 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 Cúcuta, a los 22 ( ) días del mes de julio del año 2026.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Jenny Palomino
Post-Firma: Jenny Palomino
Identificación 1016076334
Empresa:
Cargo: Regente de formación.

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], 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 [21] del mes de [07] de [2026]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: LEIDY PALACIOS PALACIOS

Documento de Identidad: 1010076339

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
85121502	PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION FARMACEUTICOS, GESTION DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS, Y DISPENSACION.	01 de Marzo del 2021	31 de Enero del 2024	$38.083.488	1	privado	Drogueriamanuela@gmail.com Teléfono:3183725182 Direccion Carrera 4ta # 28-02
85121502	PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION FARMACEUTICOS, GESTION DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS, Y DISPENSACION.	01 de febrero	03 de 04 del 2026	30.902.000	1	Privado	Gracapa17.01@gmail.com Telefono:3128603190 Direccion: 1 Kenney

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B CHOCO

CEA.3.0-07
16-ECD-003

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RECHAZO DE VACUNACIÓN.

Yo, **Leidy Palacios Palacios** identificado con cedula de ciudadanía Nro. **1010076339** actuando en pleno uso de mis facultades mentales, de manera libre, consciente y voluntaria, declaro que he sido ampliamente informado por los profesionales de la salud sobre los beneficios, indicaciones, contraindicaciones y riesgos de la inmunización.

ENTIENDO

1. **El propósito, efectividad y beneficios** de la(s) vacuna(s) recomendada(s), así como sus posibles efectos secundarios o reacciones adversas.
2. **Las consecuencias clínicas y epidemiológicas** derivadas de mi decisión de no recibir la inmunización, las cuales incluyen:

    a) **El riesgo directo** de contraer la enfermedad infecciosa objeto de la prevención.
    b) **El riesgo colectivo**, al convertirme en un vector potencial de transmisión de dicha enfermedad hacia mis familiares, entorno cercano y comunidad.

Tras valorar esta información, y sabiendo que puedo reconsiderar mi decisión en cualquier momento para solicitar la vacunación:

RECHAZO de forma expresa la administración de la siguiente vacuna:

- Covid-19

Asumo de forma exclusiva la responsabilidad y el riesgo sanitario existente de padecer la enfermedad anteriormente mencionada, así como sus posibles complicaciones médicas, reconociendo que es una patología prevenible en parte o en su totalidad mediante la vacunación.

Sé que puedo consultar este asunto en cualquier momento con el personal sanitario responsable de salud, así como solicitarles fuentes de información y cambiar de opinión en un futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Quibdo, a los 15 días del mes de julio del año 2026

Nombre completo del funcionario: Leidy Palacios Palacios

Firma del funcionario: Leidy Palacios Palacios

C.C. Nro.: _1010076336 de Bogotá Dc.

Carrera 30 Avenida Aeropuerto
Teléfono: 3506780077
DECHO.UPRES@POLICIA.GOV.CO
www.policia.gov.co

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d8fce893-d72d-49bd-9473-bbc00bda90f6

Nombres y apellidos / Full name: **LEIDY PALACIOS PALACIOS**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 0 0 7 6 3 3 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/05/2000**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3126924257**

Correo electrónico / e-mail: **palaciosleidy123palacios@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administaring Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Adultos	Primera	14	03	2019		UFX180008	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	JENNIFER
TD Adulto	Primera	28	03	2019		221502016B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	GLORIA ZUNILDA MORENO HINESTR
Fiebre Amarilla	Única	28	03	2019		P3A101V	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	GLORIA ZUNILDA MORENO HINESTR
TD Adulto	Segunda	02	05	2019		221502016B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	GLORIA ZUNILDA MORENO HINESTR
Hepatitis B Adultos	Segunda	21	10	2019		AHBUC77B	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	JENNIFER
TD Adulto	Tercera	09	12	2019		221501517B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	09	12	2019		T3A931V	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
COVID ASTRAZENECA	Primera	20	09	2021		PW40023	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	VANESSA M
Hepatitis B Adultos	Tercera	24	09	2024		034308	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	JENNIFER
Sarampión Rubéola	Adicional	17	02	2025		LA69CF778A	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	GLORIA M
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	05	2025		K11A	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	NARLIN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	15	07	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	QUIBDO SANIDAD SAN PEDRO CLAVER	GISELA DEL CARMEN SOLIS MOSQUERA

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d8fce893-d72d-49bd-9473-bbc00bda60f6

Nombres y apellidos / Full name: **LEIDY PALACIOS PALACIOS**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 0 0 7 6 3 3 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/05/2000**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3126924257**

Correo electrónico / e-mail: **palacioslеidy123palacios@gmail.com**

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				
Hepatitis B Adultos	Primera	14	03	2019		UFX180008	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	JENNIFER
TD Adulto	Primera	28	03	2019		221502016B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	GLORIA ZUNILDA MORENO HINESTR
Fiebre Amarilla	Única	28	03	2019		P3A101V	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	GLORIA ZUNILDA MORENO HINESTR
TD Adulto	Segunda	02	05	2019		221502016B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	GLORIA ZUNILDA MORENO HINESTR
Hepatitis B Adultos	Segunda	21	10	2019		AHBUC77B	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	JENNIFER
TD Adulto	Tercera	09	12	2019		221501517B	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	09	12	2019		T3A931V	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	JUANA ROSA MURILLO MARTINEZ
COVID ASTRAZENECA	Primera	20	09	2021		PW40023	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	VANESSA M
Hepatitis B Adultos	Tercera	24	09	2024		034308	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	JENNIFER
Sarampión Rubéola	Adicional	17	02	2025		LA69CF778A	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	GLORIA M
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	05	2025		K11A	VIGIA DEL FUERTE ESE H. Atrato Medio Antioqueño	NARLIN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	15	07	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	QUIBDO SANIDAD SAN PEDRO CLAVER	GISELA DEL CARMEN SOLIS MOSQUERA

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.

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE: LEIDY PALACIOS PALACIOS
DOCUMENTO: CC.1010076339
EMPRESA: NEFROCHOCO S.A.S - NEFROCHOCO S.A.S
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

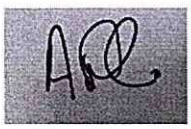
REFERENCIA: 176768215
FECHA INGRESO: 17.Ene.2025 9:23 p. m.
SEDE: SYNLAB REFERENCIA NOR OCCID
EDAD-SEXO: 24 Años - Femenino

PRUEBAS ESPECIALES

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	
Varicela zoster Virus, Anticuerpos IgG	**1150.00**mUI/mL	Negativo	Menor de 150 mUI/mL
		Positivo	Mayor o igual a 150 mUI/mL

Técnica:Quimioluminiscencia

Analizado por,



ASTRIA KAROLINA AMAYA DAVILA
PROFESIONAL DE PROCESAMIENTO T.P:
Copiado:AKAD

Fecha de Validación:20/Ene 2025 21:04
**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Leidy Palacios Palacios

CC 1010076339 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Primer Respondiente
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-14
Fecha de vencimiento: 2028-07-14

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GS-2026-060685-DECHO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCO
GRUPO PRESTADOR DE ATENCIONES EN SALUD UPRES CHOCO

CEA.3.0-07
16-ECD-003

UPRES-GUPAS - 20.1

Quibdó, 20 de julio de 2026

Señores
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Bogotá D.C

Asunto: solicitud verificación de titulo

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a dicha entidad educativa, tenga a bien certificar ante esta dependencia la autenticidad del título profesional por competencia de quien adelante se relaciona; *esto con el fin de dar cumplimiento ante el mando institucional y confirmar la idoneidad del personal que* laboran en nuestra institución; dicha información puede ser enviada al correo electrónico certificado decho.upres-gup@policia.gov.co y decho.upres-esp@policia.gov.co.

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	TITULO OBTENIDO	AÑO
LEIDY PALACIOS PALACIOS	1010076339	TECNOLAGA EN REGENCIA DE FARMACIA	ACTA DE GRADO No. M-2639 del 24/04/2026

La anterior información se requiere de carácter urgente, a fin de dar cumplimiento a los requerimientos ordenados.

Atentamente,

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Johan Alexis Palacios Renteria
Grado: Subintendente
Cargo: Jefe Establecimiento Primario De Atencion En Salud.
Cédula: 1077420924
Dependencia: Espri Quibdo San Pedro Claver
Unidad: Departamento De Policia Choco
Correo: johan.palacios@correo.policia.gov.co
20/07/2026 10:02:16 a. m.

Anexo: no

CALLE 30 VAENIDA AEROPUERTO
Teléfono: 3506780077
DECHO.GUSAP@POLICIA.GOV.CO
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

Usuario Solicitante: MHkmosquec KAREN YA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-017 UNIDAD PI
Fecha y Hora Sistema: 24/07/2026 12:00:00 a. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	11926	**Fecha Registro:**	2026-07-24	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-017 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCO		
Estado.:	Generado	**Valor Inicial:**	21.411.390,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00	**Valo**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	V
Q17AS GASTOS DE PERSONAL ASISTENCIAL	A-02-02-02-008-003 SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE INVESTIGACION, URBANISMO, JURÍDICOS Y DE			
		Total:	21.411.390,00	

Objeto:	PUN8-DECHO0038//PROFESIONAL UNIVERSITARIO//ENFERMERA//8/18/11/2025 -30/04/2026 SEGÚN CPA 128 DEL 2026 Y MEDIANTE COMUNICACIÓN OFICIAL GS-2026-06

Subintendente **ROSY MILENA MENA PALACIOS**
RESPONSABLE SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

Outlook

Re: Fw: solicitud verificación de titulo

Desde Ryca Quibdo <ryc.quibdo@unad.edu.co>
Fecha Vie 24/07/2026 9:36 AM
Para YESENIA ANDREA QUIROZ OQUENDO <yesenia.quiroz@correo.policia.gov.co>
CC ryc.quibdo@unad.co <ryc.quibdo@unad.co>

Cordial saludo.

En atención a la solicitud de verificación de título recibida, nos permitimos informar que, una vez realizada la validación en nuestros sistemas de información, se confirma que la persona relacionada en la solicitud **sí es egresada de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD** y obtuvo el título académico registrado por la institución.

Cordialmente,

Registro y Control Académico
CCAV Quibdó
Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Para tramites asociados a Registro y Control en nuestro Centro de Quibdó, puede radicar su solicitud a través de nuestro aplicativo FUS DIGITAL. https://rca.unad.edu.co/fus/ ò al correo ryc.quibdo@unad.edu.co

Para tramites de asesoría académica y/o autorizaciones, debe comunicarse directamente con su respectiva escuela.

ECBTI: ecbti.zocc@unad.edu.co

ECACEN: ecacen.zooc@unad.edu.co
ECAPMA: ecapma.zocc@unad.edu.co
ECISA: ecisa.zocc@unad.edu.co
ECSAH: ecsah.zocc@unad.edu.co
ECJP: ecjp.zocc@unad.edu.co

ECEDU: ecedu.zocc@unad.edu.co

¿Estudiante de primera matrícula tienes dudas o inquietudes?

Comunícate con Consejería académica: consejería.quibdo@unad.edu.co WhatsApp: 3233908719-3126892415

Oficina de Registro y Control Académico

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

CCAV-Quibdó

Teléfono – 6724117- ext 2604.2606. Dirección Cra 2° N° 24-05 B/Yesca grande

Contamos con nuestra herramienta digital: ***https://rca.unad.edu.co/fus/*** *te invitamos hacer uso de esta excelente herramienta.*

Cordialmente,

Oficina de Registro y Control Académico

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

CCAV-Quibdó

Teléfono – 6724117- ext 2604.2606. Dirección Cra 2° N° 24-05 B/Yesca grande

El jue, 23 jul 2026 a las 20:09, YESENIA ANDREA QUIROZ OQUENDO (<yesenia.quiroz@correo.policia.gov.co>) escribió:

> Mensaje de correo electrónico enviado por **yesenia.quiroz@correo.policia.gov.co**
>
> Dios y patria buenas tardes.
>
> De manera atenta y respetuosa me permito solicitar verificación título del profesional relacionado en el documento adjunto, de antemano agradezco la atención prestada a la presente solicitud y su pronta respuesta.
>
> Muchas gracias.
>
> ---
>
> **De:** YESENIA ANDREA QUIROZ OQUENDO <yesenia.quiroz@correo.policia.gov.co>
> **Enviado:** Monday, 20 July 2026 10:14:18

Para: anticorrupcion@unad.edu.co <anticorrupcion@unad.edu.co>; quibdo@unad.edu.co <quibdo@unad.edu.co>
Asunto: solicitud verificación de titulo

Dios y patria buenas tardes.

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar verificación título del profesional relacionado en el documento adjunto, de antemano agradezco la atención prestada a la presente solicitud y su pronta respuesta.

Muchas gracias.

Mensaje de correo electrónico enviado por **yesenia.quiroz@correo.policia.gov.co**

Mensaje importante

Este mensaje y sus anexos enviado por yesenia.quiroz@correo.policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia que pueda tener. No está permitido el uso de su contenido si no es el destinatario, y hacerlo podría tener consecuencias legales, como las establecidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que apliquen. Si es el destinatario, tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el acuse recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

--

*"**CONFIDENCIAL – UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)**, La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona u organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibido y será sancionado por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenvíelo de vuelta y borre el mensaje recibido inmediatamente".*

Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

107.1-2316

Bogotá, D.C., 24 de julio del 2026

Señor
JOHAN ALEXIS PALACIOS RENTERIA
Subintendente Policía Nacional
Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud
Correo Electrónico: decho.upres-gup@policia.gov.co

Asunto: Respuesta solicitud verificación de titulo

Referente a su solicitud descrita en los siguientes términos "De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a dicha entidad educativa, tenga a bien certificar ante esta dependencia la autenticidad del título profesional por competencia de quien adelante se relaciona; esto *con el fin de dar cumplimiento ante el mando institucional y confirmar la idoneidad del* personal que laboran en nuestra institución"

CEDULA	NOMBRE Y APELLIDOS	PROGRAMA	ACTA	REGISTRO DE DIPLOMA
1010076339	LEIDY PALACIOS PALACIOS	TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA	2639	173862

En atención a lo anterior es preciso indicar que la **LEIDY PALACIOS PALACIOS** Identificada con Cédula de ciudadanía No. 1010076339 de BOGOTA D.C., se graduó **TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA**, como consta en el Acta de Grado No. 2639 el día 24 de abril de 2026 en la ciudad de Quibdó, Anotado en el libro de actas No. 8 Registro de Diploma 173862 Libro 29 Folio 16. Habiendo cumplido con los requisitos y normas *legales vigentes*.

La anterior información para los fines pertinentes.

Cordialmente,

ESTHER CONSTANZA VENEGAS CASTRO
Secretaria General
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Proyectó: Jorge Páez