

☐ INTENSIVO ☐ INTERMEDIOS ☐ ADULTO ☐ PEDIATRÍA ☐ CON			
DATOS DE IDENTIFICACION			
NOMBRE			
EDAD		DIAS ESTANCIA	
HISTORIA CLÍNICA No.		FECHA	
DATOS			
TALLA	PC	PA	
PESO	PT	SC	
PERCENTILES:	TA	P25 / P50 / P90	FC
DIAGNÓSTICOS			
ANTECEDENTES RELEVANTES			
REPORTE DE EXÁMENES ESPECIALES			
GLAMIENTO: ☐ PROTECTOR ☐ CONTACTO ☐ AEROSOL			
ROS			
UGÍA CARDIACA		CEC	TIEMPO DE BOMB
CHA INTERVENCIÓN		CLAMP	TIEMPO
DADES TRANSFUNDIDAS			
RCAPASO	MODO	SENSIBILIDAD	
	SOFA	APACHE INGRESO	APACHE 24H
M		PELOP	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERME			
PLAN		TURNO MAÑANA	TURNOS
SUBJETIVA			

17/11/2017

Confirmación de registro de Proveedor



[Aumentar](#)

Buscar por proces

Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones sindy andrea penagos malagon,

sindy andrea penagos malagon con el NIT 1024480252 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Penagos</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Holagón</u>	NOMBRES <u>Sindy Andrea</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1024480252</u>		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>11</u> MES <u>02</u> AÑO <u>1988</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Kra 73 # 57 x 15 sur Torre 25 Apto 604</u>
PAÍS <u>Colombia</u>		PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u>
DEPTO _____		MUNICIPIO _____
MUNICIPIO _____		TELÉFONO <u>3142753315</u> EMAIL <u>Sindy.Penagos@outlook.com</u>

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:
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	
										☒	MES <u>12</u> AÑO <u>2004</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ÉSTE 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 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	
TC	4	☒		Tecnico laboral Auxiliar Enf.	12	2007	
TC	3		☒	Auxiliar Admon en salud	06	2015	

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
Inglés	☒			☒			☒		

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de salud Santa Clara	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar Enfermería	DEPENDENCIA UCi Pediatría		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ 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

Bogotá D.C.

Sindy Penagos H.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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 ORIGEN.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1 DE BIENES Y RENTAS				
YO: <u>Sindy Andrea Penagos Malagón</u>				
IDENTIFICADO CON	CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ No. <u>1024480253</u>	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN <u>Bogotá</u>		
DIRECCIÓN	<u>Kra 73 # 57R 15 sur Torre 25 Apto 604</u>	TELÉFONOS <u>3142753315</u>		
MUNICIPIO	<u>Bogotá D.C.</u>	DEPARTAMENTO	<u>Cundinamarca</u>	
		PAÍS	<u>Colombia</u>	
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGÜINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO		
<u>German Penagos</u>	<u>79.461.621</u>	<u>Padre</u>		
<u>Soledad Malagón</u>	<u>51.699.482</u>	<u>Madre</u>		
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995. PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☒				
LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>17'928.000</u>			
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	<u>0</u>			
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	<u>0</u>			
ARRIENDOS	<u>0</u>			
HONORARIOS	<u>0</u>			
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>0</u>			
TOTAL	<u>17'928.000</u>			
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Davivienda</u>	<u>Ahorros</u>			
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR		
<u>Inmueble</u>	<u>Apartamento</u>	<u>87'100.000</u>		

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Davivienda	Credito hipotecario	56'000.000
Banco AV Villas	Libre inversión	3'500.000
Bancolombia	Tarjeta de Credito	1'000.000
Banco Falabella	Tarjeta de Credito	2'150.000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES	
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:	
ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:	
CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
c) En la actualidad: SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
Edison Aldemar Numpaque Rios	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ 79'990.352

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA	
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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO	CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Colombiano del Sur

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 3161 del 11 de Octubre de 1999

Confiere a:

Sindy Andrea Penagos Malagón

C.I. 880211-57036 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.



Rector

Secretario

Anotado al Folio No. 07 Libro de Registro No. 01

Dado en Bogotá D.C. a 4 de Diciembre de 2004

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2130 del 3 de Diciembre de 1995"

fiste



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE EL

INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD
"SANIGNACIO"

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Aprobado según Resolución No. 2041 del 16 de Junio de 2000, Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Acuerdo No. 29 del 14 de Octubre de 1998 del Ministerio de Salud

Otorga El presente

Certificado Técnico Laboral

A:

PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA

C.C. No. 1.024.480.252 de Bogotá D.C.

Quien cursó y culminó satisfactoriamente el programa de:

Auxiliar de Enfermería

Duración del Programa 1.200 Horas

Se firma en Bogotá, D.C. a los 14 días del mes de Diciembre de 2007

Director General

Directora Administrativa

Directora Académica

Secretaria Académica

Número de Registro 0531 Número de Folio 16
Dec. 0921 del 6 de mayo de 1994

Bogotá, D.C., Diciembre 14 de 200 7

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. _____
DANE. 31100139998

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SUR INCOSUR

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Cuatro (04) días del mes de Diciembre del año 2004
se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Recto(a) y
Secretario(a) en la rectoría del **INSTITUTO COLOMBIANO DEL SUR INCOSUR**
Institución aprobada hasta Once en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por
la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá Para otorgar el Título de
Bachiller en la modalidad Académica según Resolución No. 3161
del Once (11) de Octubre del año 1999
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los
estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

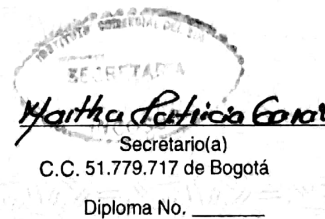
al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

PENAGOS MALAGÓN SINDY ANDREA T.I 880211-57036 de **BOGOTÁ**

Es fiel copia tomada del acta original general No. 1 de fecha 04/12/04 que consta de 30
alumnos que comienza con el nombre de ARANZALES BUSTOS LEIDY GISELA
y se cierra con el nombre de VELÁSQUEZ SANABRIA JOHN FREDY
firmado y sellado JESÚS ALONSO TERNERA PÉREZ (Rector(a))
y MARTHA PATRICIA GARCÍA MUÑOZ (Secretario(a))
Dada en Bogotá, D.C. a los Cuatro (04) días del mes de Diciembre del año 2004

Firmado y sellado


Rector(a)
C.C. 19.059.049 de Bogotá


Secretario(a)
C.C. 51.779.717 de Bogotá
Diploma No. _____

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

CERTIFICA QUE:

SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON

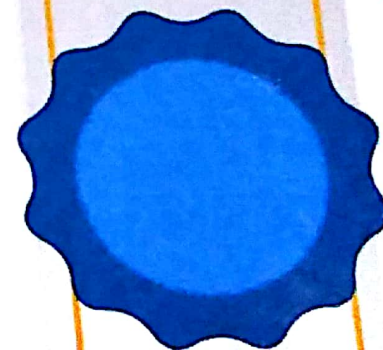
C.C.: 1024480252

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

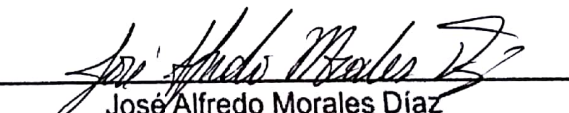
Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016




Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de

Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.024.480.252

NUMERO

PENAGOS MALAGON

APELLIDOS

SINDY ANDREA

NOMBRES

SINDY ANDREA

PENAGOS M.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

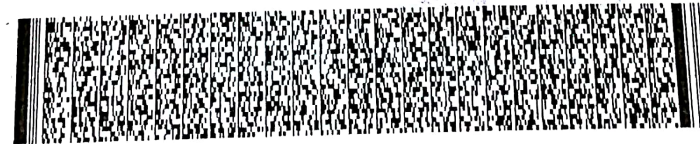
F

SEXO

25-ABR-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500119-47150582-F-1024480252-20060714

0203206194A 02 186300273

DIAN <small>Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		FOLIOSCA <small>Formulario Único de Liquidación de Impuestos</small>		001	
2. Concepto: 0 2 Actualización <small>Expediente reservado para la DIAN</small>				4. Número de formulario: 14346894471			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 4 4 8 0 2 5 2 - 6		6. DV: 6		12. Dirección seccional: <small>Inspección de Bogotá</small>		14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		26. Número de identificación: 1 0 2 4 4 8 0 2 5 2		27. Fecha expedición: 2 0 0 6 0 4 2 5	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido: PENAGOS		32. Segundo apellido: MALAGON		33. Primer nombre: SINDY		34. Otros nombres: ANDREA	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: 1 6 9		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal: CR 77 G 60 45 SUR AP 604 TO 3							
42. Correo electrónico: sindypenagos@outlook.com		43. Apartado aéreo:		44. Teléfono 1: 3 1 4 2 7 5 3 3 1 5		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION							
Actividad económica principal: 46. Código: 8 2 9 9		Actividad económica secundaria: 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 8 1 3		Otras actividades: 48. Código: 1 2		49. Fecha inicio actividad: 50. Código:	
51. Código:		52. Número establecimientos:					
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 1 2							
12- Ventas régimen simplificado							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código:				55. Forma:			
56. Tipo:				57. Modo:			
58. CPC:				59. CPC:			
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI ☒ NO ☐				60. No. de folios: 1		61. Fecha: 2 0 1 5 0 8 1 3	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2015 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:			
984. Nombre: SEGURA DE CHARRY MARIA CONSTANZA				985. Cargo: Analista III			



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-08-2015

Hora: 10:16:25 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1024480252-6 SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON

Información

Dirección KR 77G 60 45 SUR AP 604 TO 3

Teléfonos 3142753315

Dirección sindypenagos@OUTLOOK.COM

Fax

Información de

Fecha Inscripción 15/08/2015

Soporte Inscripción 16776643

Fecha Inicio Actividades 13/08/2015

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

SINDY ANDREA

PENAGOS MALAGON

C.C 1024480252

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Ejpedición 28/03/2005

Resolución No 2284 de 29/02/2008
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones (2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y. Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA** Identificado(a) con CC número 1024480252 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD SAN IGNACIO el día 14/12/2007 y registrado en el libro 531 Folio 16 año 2007

Que estudia la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a **PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA** identificado(a) con CC número 102.480252 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 29/02/2008

HERMAN RE DONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Herman Re Dondo Gómez
Firma: Herman Re Dondo Gómez

Bogotá, D.C. 28- Marzo- 2008
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Sindy A. Penagos H
CC. # 1024.480.252.815
Firma Sindy Penagos

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1024480252

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada,
Se encuentra inscrito en el Registro Único
Nacional del Talento Humano en Salud
(ReTHUS).

Certificado de Vacunación

Institución: Clinica San Francisco de Asis
 Nombre: Sandy Andrea Penagos
 Identificación: 1024480252 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lot No.	Firma Vacunador
N.B	1	29-09-14	AHBVC39705	J. P.
H.B	2	10-12-14	AHBVC35306	K.M.
H.B	3	13-06-15	AHBVC42598	K.M.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	20-05-14	1410501	Horia B
Virus de Papiloma Humano				

HEPATITIS B HEPAXX GENE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
1a	1	17/01/2006	4C 468-1	Gloria
2a	2	13/02/2006	4C 468-1	Gloria
3a	3	22/05/2006	4C 468-1	Gloria
REF		23/01/2007	2063079	

INFLUENZA AGRIPPAL S1	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
1	1	25/02/2007	6136	

VARICELA VARICELA VACCINE GSK	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
1	1	07/12/2010	A-216716	

HEPATITIS A EPAXAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
1	1	10/02/2009	2031125	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
T.D	2	12/10/2005		
D.P.T				

Firmante x 2009: 18/May/2011 103412012 Horia B
 10/02/2009 103412012 Horia B
 10/02/2009 103412012 Horia B
 10/02/2009 103412012 Horia B



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON

c.c. 1.024.480.252

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Dado en Bogotá D.C, a los 19 días del mes de Diciembre de 2017.

Validez 2 años.

**CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

S.O.S

Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634
3192859190

info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)											
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
Penagos		Malagon		Sindy		Andrea					
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
CC	☒	CE	☐	EC	☐	NUP	☐	1024480252		Bogotá	25-Abril-2006
PASAPORTE	☐	OTRO	☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☐ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:					
11-02-88		Bogotá DC		Colombia		Colombiana					
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR			
SOLTERO(A)		☐		CASADO(A)		☒		DIVORCADO(A)		☐	
VIUDO(A)		☐		UNION LIBRE		☐		0		0	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO			
MAGISTER		☐		POSGRADO		☐		UNIVERSITARIO		☐	
BACHILLER		☐		OTRO		☐		PRIMARIA		☐	
TECNICO		☒		TECNOLOGO		☐		CUAL:			
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA:		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA:			
Kra 73 + 57R - 15 sur		Bogotá		Cundinamarca		Colombia		314 2753315			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA					
Sindy Penagos@gmail.com						PROPIA		☒		FAMILIAR ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX			
II. DATOS DEL CONYUGE											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
Rompague		Rios		Edison		Aldemar					
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
CC	☒	CE	☐	EC	☐	NUP	☐	79940352		Bogotá	8-feb-2001
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI ☒ NO ☐			
								NACIONALIDAD: Colombiano			
III. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:											

SUBSECTOR INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		FARMACIA - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO		FEEDBACK PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	
CÓDIGO: EI-CA-PT-011		VERSION: 1.2		FECHA: 2017-05-17	
VINCULACIÓN PÚBLICA		ADMINISTRACIÓN RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		Sub red Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		NIT 900959051	
☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ MINERIA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS		☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ MINERIA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS		☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ MINERIA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	
Calle 14B - 1A Sur		320 28 28		Bogota Condinamarca Colombia	
CARGO ACTUAL		Auxiliar de enfermeria		FECHA VINCULACION 01-02-2016	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS	1494.000	GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	DEUDAS VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	758.000	PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Yona	Trujillo	Yonatan			
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
	Bogota	Amigo	315 5487320		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Banco Av Villas	Credito Libre Inversión	0019967960	Bosa	6092013	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRAS ☐					

<p><small>Logo</small> Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p style="text-align: right;">CODIGO: ET-CA-ET-01 VERSION: 1.2 FECHA: 10/08/2012</p>																																	
<p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal a) del numeral 1 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Dirección: La No. 1 - 41 Bogotá DC; teléfono 44 44 84, correo: atento@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)</p> <p>9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link "POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"</p>																																		
<p>IX. FIRMA Y HUELLA COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p>																																		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Diógenes Penagos <small>Firma Cliente / Representante Legal</small> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <small>Huella Índice Derecho</small> </div> </div>																																		
<p>X. INFORMACION DE ENTREVISTA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Fecha</td> <td style="width: 30%;">2. Ciudad</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. Nombre del funcionario o Asesor:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. Lugar de la Entrevista:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">5. Observaciones:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">6. Resultado de la Entrevista:</td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">7. Firma y Cédula</td> </tr> </table>	1. Fecha	2. Ciudad		3. Nombre del funcionario o Asesor:			4. Lugar de la Entrevista:			5. Observaciones:			6. Resultado de la Entrevista:		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div>	7. Firma y Cédula			<p>XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Fecha</td> <td style="width: 30%;">2. Ciudad</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. Lugar de la verificación:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">5. Observaciones:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">6. Firma y cédula:</td> </tr> </table>	1. Fecha	2. Ciudad		3. Nombre y Cargo de quien verifica:			4. Lugar de la verificación:			5. Observaciones:			6. Firma y cédula:		
1. Fecha	2. Ciudad																																	
3. Nombre del funcionario o Asesor:																																		
4. Lugar de la Entrevista:																																		
5. Observaciones:																																		
6. Resultado de la Entrevista:		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐ </div>																																
7. Firma y Cédula																																		
1. Fecha	2. Ciudad																																	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:																																		
4. Lugar de la verificación:																																		
5. Observaciones:																																		
6. Firma y cédula:																																		



LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.024.480.252, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON NIT, en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	474

El presente certificado se expide a solicitud del (la) Interesado(a), a los 20 días del mes de Diciembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
HOSPITAL SANTA CLARA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

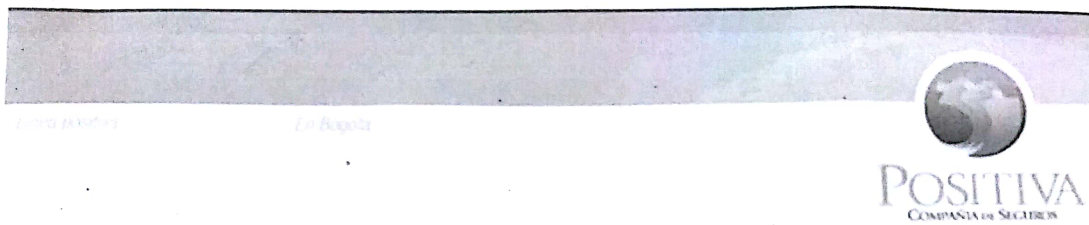
Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8921109

CER-AFI





POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T. 860.011.153-6

CERTIFICA QUE :

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor(a): PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA identificado con Cédula Ciudadanía No. 1,024,480,252, contratista de la empresa E.S.E. HOSPITAL SANTA CLARA está afiliado a POSITIVA Compañía de Seguros S.A. en riesgos laborales con tipo de vinculación Independiente desde el 08/02/2016 con riesgo 3 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de marzo de 2016

HUGO ERNESTO HUIZA
Gerencia de Afiliación y Novedades.
Positiva Compañía de Seguros S.A.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1024480252	SINDY PENAGOS	SANTA CLARA-ASISTENCIA AL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 30 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

SEGUROS BOLÍVAR S.A.
VIGILADO



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102229699



WEB
17:00:31
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de noviembre del 2017

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) SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024480252:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

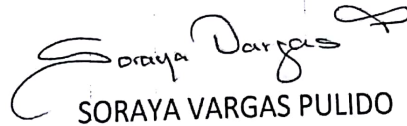
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 27 de noviembre de 2017, a las 16:58:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.024.480.252
Código de Verificación	10410629632017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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.



SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000



Bogotá D.C., 20 de Diciembre de 2017 - 9:34 am

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: UN MIL VEINTICUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS

1024480252

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

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. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_4TGJY_339
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Síguenos en >

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/11/2017 a las 16:55:23 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1024480252 y Nombres: PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC

Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm

Requerimientos ciudadanos 24 horas

Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600

FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

**INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD
"SAN IGNACIO" LTDA.**

NIT. No. 830014384-5

APROBACIÓN OFICIAL SEGÚN ACUERDO No. 29 DEL 14 DE OCTUBRE DE 1.998 POR EL MINISTERIO DE SALUD, Y
RESOLUCIÓN No. 2041 DEL 16 DE JUNIO DEL 2000 POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL.



ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 015

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de diciembre del año 2007, se formalizó la certificación de los estudiantes de último nivel del programa TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA: ceremonia presidida por el señor VÍCTOR MANUEL RAQUIRA OSORIO Director General y la Doctora ITALA YANETH GONZÁLEZ, Directora Administrativa del INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD "SAN IGNACIO", se realizó acto solemne para otorgar el certificado de aptitud ocupacional técnico laboral de:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

a:

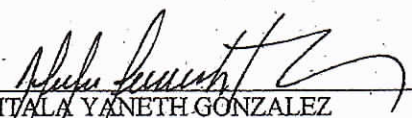
PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA

Identificado (a) con C.C. 1.024.480.252 de BOGOTÁ, como consta en el Acta No. 015 folios 029 y 030 del libro de actas.

Esta certificación se confiere en nombre de la Secretaría de Educación del Distrito en reconocimiento al mencionado estudiante que curso y aprobó todas las asignaturas del programa académico y cumplió con todos los requisitos exigidos para tal efecto por el INSTITUTO DE AUXILIARES EN SALUD "SAN IGNACIO".

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta en Bogotá, D.C., a los **catorce (14)** días del mes de **DICIEMBRE** de dos mil siete (2007).


VÍCTOR MANUEL RAQUIRA O.
Director General


ITALA YANETH GONZÁLEZ
Directora Administrativa


ANA ZULEIMA FERNÁNDEZ M.
Secretaria Académica

Bogotá, D.C. ~~Diciembre~~ 14 de 2007

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA 110 Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Instituto de Auxiliares en Salud "SAN IGNACIO"
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Sindy Andrea Penagos Halagón, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento..."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico Auxiliar de Enfermería
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

Sindy A. Penagos H.

No. de documento:

1024480252845

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Kra 73# 57 R- 15 Sur Torre 25 Apto 604

Teléfono:

314 2753315-

Diagonal 34 5-43
Código Postal 110311174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentroorientesaludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SUD RED CENTRO ORIENTE**

18/01/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024480252**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550008400754126

Fecha de apertura

07/09/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7



Нүсха

50258

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-001 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARI-FT					
FECHA:		CIUDAD: Bogotá D.C.		DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
<small>Destinado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.</small>					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐		PARTICULAR ☐		CONTRATISTA OPS ☒	
SERVIDOR PÚBLICO ☐		OTRO ☐		CUAL: <input type="text"/>	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
Penaquos		Malagon		Sindy	
SEGUNDO NOMBRE				Andrea	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐		1024480252		Bogotá	
FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		25-Abril-2006			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	
11-02-88		Bogotá D.C.		Colombia	
NACIONALIDAD:		Colombiana			
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		0		0	
TELEFONO CELULAR		3142953315			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: <input type="text"/>					
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA:		DEPARTAMENTO:	
Kra 73 # 572 - 15 sur		Bogotá		Cundinamarca	
PAIS RESIDENCIA:		Colombia			
TELEFONO RESIDENCIA		3142953315			
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
Sindy Penaquos @outlook.com				PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAIS:					
TELEFONO/FAX					
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
Nompague		Rios		Edison	
SEGUNDO NOMBRE		Aldemar			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐		79990352		Bogotá	
FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		8-feb-2001			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
CUAL: <input type="text"/>		NACIONALIDAD: Colombiano			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		PENSIONADO ☐	
				EMPLEADO PÚBLICO ☐	
				OTRA ☐	
CUAL: <input type="text"/>					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA		CODIGON CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒		8692	
		IVA ☐ ICA ☐		SI ☐ NO ☒	
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: EI-CA-F-011 VERSION: 1.2 FECHA: 2017-04-27			
PROVEEDOR PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☐		Sub red Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		NIT 9009590517	
EXTRACTOS		AGRICOLA		ENERGETICA	
OTRA		CUAL		X	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Balle 4B - 1-Asur		328 28 28		Bogota	
CARGO ACTUAL		Auxiliar de enfermeria		FECHA VINCULACION	
				01-02-2016	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	
DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS		1494.000		GASTOS FAMILIARES	
		500.000		AHORROS	
HONORARIOS				INVERSIONES	
ARRIENDOS				VEHICULOS	
COMISIONES				PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*				OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		50		TOTAL ACTIVOS	
		50		50	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Yona		Trujillo		Yona-tan	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
		Bogota		Amigo	
				TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
				315 5487320	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
Banco Av Villas		Credito Libre Inversion		0019967960	
				SUCURSAL	
				Bosa	
				TELEFONO	
				6092013	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
				PAIS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION		EXPORTACION		TRANSFERENCIA	
PRESTAMOS		PAGO SERVICIOS		CUAL:	
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Apoyo a la gestion de enfermeria					

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

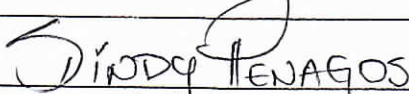
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 24 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 y e-mail salud@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES "

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente/Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		