



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

04

VIGENCIA

15/08/2025

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: SOL YANETH PEROGOS SUAREZ

CARGO: Aux Enfermería

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	/			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	/			
10	Consulta de Inhabilitaciones Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	/			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
12	Registro usuario Secop II	/			
13	RUT Actualizado	/			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
15	Certificado actual de afiliación EPS	/			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	/			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
20	Formato de indemnidad	/			
21	Formato de ARL	/			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	/			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
24	Formato de Inhabilitaciones e incompatibilidades	/			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visometría*Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	/			
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	/			
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado	/			
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado	/			
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado	/			
35	Tarjeta profesional	/			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros	/			
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	/			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	/			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia	/			
45	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia	/			
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia	/			
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)	/			
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.	/			
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
MEDICO URGENCIÓLOGO					
54	Certificado en formación de sedación	/			

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	04
		VIGENCIA	15/08/2025

ODONTOLOGO					
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
57	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
58	Retiro e inserción DIU				
59	Retiro e inserción JADELLE				
60	Certificado de formación en toma de citología				
61	Soporte vital avanzado				
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
66	Registro único nacional de tránsito RUNT				
67	Licencia de conducción				
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico				
71	Primeros Auxilios				
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN					
78	Certificación de manipulación de alimentos				
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
80	Certificado curso de alturas				
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.



**COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES**

Soacha, 9 enero 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: SOL YANETH PENAGOS SUAREZ

Cargo: Auxiliar de enfermería

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades qesean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



SOL YANETH PENAGOS SUAREZ

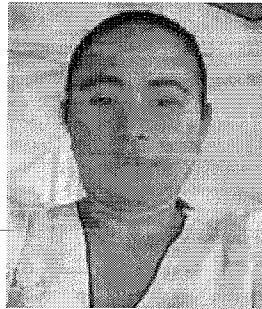
CC: 52165938

Dirección: CL 17 24B 17

Email: angelhaver15@gmail.com

Teléfono / Celular: 3123972585

SOL YANETH PENAGOS SUAREZ
CC 52.165.938 DE BOGOTA
CELULAR 312 3972585
KR 15B 28 14 SUR
Angelhaver15@gmail.com



PERFIL PROFESIONAL

Auxiliar de enfermería con experiencia , ESE Municipal Julio Cesar Peñaloza programa PIC , Sub red del sur GPAIISP PIC Entorno hogar , Programa de Promoción y Prevención, Gobernación programa Transmisible por Vectores, Atención a la población PPL en Cárceles, Secretaria de Salud CONVENIO Centro oriente programa APS, PIC , Programas de Salud Pública, Urgencias, Salas de cirugía, Partos, Recuperación, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Neonatos, Área de Pediatría Urgencias, Intermedios., UCI, Hospitalización en todas las áreas de Adultos.

FORMACION ACADEMICA

SECUNDARIA

Colegio Departamental Integrado de "Soacha"
1991
Soacha Cundinamarca

OTROS

Auxiliar de Enfermería
Centro Vocacional de Salud
1993
Bogotá

Técnica en salud publica
2017
Sena

EXPERIENCIA LABORAL

ESE Municipal Julio Cesar Peñalosa Soacha

Auxiliar de Enfermería

Programa GPAISP

Entorno Hogar

Inicio marzo 2024

hasta 31/12/2024

Subre Red del Sur

Auxiliar de Enfermería

Programa GPAISP

Entorno Hogar

Inicio Julio 2023 hasta 15 octubre 2024

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

Programa GOBERNANZA

Auxiliar de enfermería

Inicio Julio -2022 hasta diciembre 2022

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

Programa COVID – PRASS

Auxiliar de enfermería

seguimientos

Inicio 2021 hasta Junio -2022

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

Programa PAI - IPS

Auxiliar de enfermería

seguimientos

Inicio Junio 2015 hasta Diciembre -2020

FUNADA SALUD (NUEVA EPS)

Consulta externa

Programa Especiales

Auxiliar de Enfermería

Inicio Abril 2015 hasta mayo 2015

SANATORIO AGUA DE DIOS

Convenio secretaria de salud de Cundinamarca

Programa TB-lepra

Auxiliar de Enfermería

Inicio Julio 2014 hasta febrero 2015

HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Convenio Secretaria de Salud de Bogotá
Programa Promoción y Prevención.
PROYECTO ESPECIAL CARCELES
Auxiliar de Enfermería
Inicio octubre 2013 hasta Junio 2014

HOSPITAL SANTA CLARA
Auxiliar de Enfermería
Área de Pediatría, Urgencias, Intermedios, Unidad de Cuidados intensivos (UCI)
Inicio mayo 2012 hasta diciembre 2014

INPEC
Cárcel Nacional Modelo" Bogotá"
Auxiliar de enfermería
Área Sanidad
Consulta Externa, PAI (Vacunación PAI Regular y jornadas), Urgencias y Hospitalización,
Programa Transmisible Por Vectores
2011-2012

HOSPITAL DE SUBA Y SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA
Salud Pública
Ámbito IPS
Programa Transmisible Por Vectores
2010 - 2011 contrató por 1 año

INPEC
COLONIA AGRICOLA MINIMA SEGURIDAD DE ACACIAS "META"
Auxiliar de enfermería
Área Sanidad
Consulta Externa, Vacunación, Urgencias y Hospitalización
2007-2010

HOSPITAL DEL TUNAL
Auxiliar de enfermería
Área Salas de Cirugía, Partos
Ayudante en anestesia
2005-2007 contrato por 18 meses

HOSPITAL CARDIO VASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA
Auxiliar de enfermería
Área Salas de Cirugía, Partos, Ginecología, Ayudante en anestesia y
Hospitalización
2004-2006 contrato por 11 meses

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Y COMBENIO CON SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAI (Vacunación PAI Regular y jornadas Extramural y Supervisión)
2004- 2005 contrató por 8 meses

CONVENIOP SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CRUZ ROJA CANADIENSE
Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAi (Vacunación PAI Regular y jornadas Extramural y Supervisión)
2003- 2004 contrato por 6 meses

INPEC
Cárcel Nacional Modelo" Bogotá"
Auxiliar de enfermería
Área Sanidad
Consulta Externa, PAI (Vacunación PAI Regular y jornadas), Urgencias y Hospitalización
2003-2004

INPEC
Reclusión de Mujeres
"El Buen Pastor "Bogotá"
Auxiliar de enfermería
Área Sanidad
Consulta Externa PAI (Vacunación PAI Regular y jornadas), Urgencias y Hospitalización
2003

INPEC
Cárcel del Circuito de Judicial de Soata
"Boyacá"
Auxiliar de enfermería
Área Sanidad
Consulta Externa, PAI (Vacunación PAI Regular y jornadas), Urgencias y Hospitalización
2001.-2003

FUNDACION
Hospital San Juan de Dios Y Materno Infantil
Auxiliar de enfermería
Área Salas de Cirugía, Partos, Ginecología, y Hospitalización
1994- 2001

CLINICA SAN AGUSTIN
Auxiliar de Enfermería
Área Salas de Cirugía, Partos, Ginecología, Recuperación, Consulta Externa y Vacunación
Hospitalización
1996

HOCEN
Hospital de la Policía
Auxiliar de Enfermería
Área Salas de Cirugía, Partos, Ginecología, Recuperación, Consulta Externa y Vacunación
Hospitalización
1994 - 1995

ACTUALIZACION ACADEMICA

Tecnico en Salud Publica
Sena 2018

Certificación Jornada de Internacional en Tuberculosis
Realizado 16/ 12/ 2014
Gobernación de Cundinamarca

Certificación Jornada de Capacitación y
Entrenamiento en el Diagnóstico de la Tuberculosis Latente PPD
Realizado 25/28/ Noviembre 2014

Gobernación de Cundinamarca
Certificación en pruebas rápidas de VIH/SIDA
Realizada el 9/01/14

FODO MUNDIAL LIGASIDA
Certificación en pruebas rápidas de sífilis
Realizada el 12/14

FODO MUNDIAL LIGASIDA
Participación " III" Simposio MDR-XDR}
Secretaría distrital de Salud 2010

Seminario Programa Tuberculosis
Secretaría Distrital de Salud
2010

Curso Básico en Salud ocupacional
SENA
2008

Administración de Medicamentos
SENA
2007

Actualización de Vacunación
SENA
2003

Centro Regulador de Urgencias
Programa de Atención PRE hospitalaria
Sistema de Emergencias Médicas
Secretaría Distrital de Salud
2003

Actualización de Balance Hidroelectrolítico
Escuela Materno Infantil
2000

Actualización de la Administración de Medicamentos
Escuela Materno Infantil
2000

Notas de Enfermería
Escuela Materno Infantil
2000

Actualización Enfermería Medico Quirúrgico
SENA
1997

REFERENCIAS LABORALES

Jefe
YENNY CAROLINA RUEDA MONTES
Referente Programa Transmisible de Vectores
TEL. 3115727254

Enfermera epidemióloga
Johana Barros Escorcia
Secretaria de salud Cundinamarca
Tel 3103224463

Secretario de Salud de Soacha
Reyes Murillo Higuera
Tec 7306060 ext 2002
Secsalud@alcaldiasoacha.gov.co

JEFE CORDINADORA
Diana Garcia
Secretaria De Salud De Soacha
PROGRAMA PAI
Trabajadora Social
TEL 3214707124

JEFE CORDINADORA
ANGELICA ORTIZ
Secretaria De Salud De Soacha
PROGRAMA PAI
TEL 3106136050

Referente Gobernación de Cundinamarca
Programa de TB_ Lepra
Magda Liliana Leal
Tel 3213438480

Referente Distrital del Programa de Prevención y Promoción de la Tuberculosis
SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA
Lilia Edith López Rojas
TEL 3108116832

Jefe
KATERINE JOYA
Jefe Inmediato
Proyecto especial Cárceles
Hospital San Cristóbal – Secretaria De Salud de Bogotá
TEL. 3204084576

REFERENCIAS FAMILIARES

Iván Forero Fajardo
Arquitecto
Tel 3206950530

Luz María Feria
Auxiliar de Enfermería
Pensionada de "HOCEN"
Tel. 6711129 -31954143595

Luz Mery Penagos Suárez
Independiente
Tel. 3115955219

Sol Penagos

SOL YANETH PENAGOS SUAREZ
CC 52.165.938 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.165.938**
PENAGOS SUAREZ

APELLIDOS
SOL YANETH

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1973**

SANTA TERESA
LIBANO (TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O-

G.S. RH

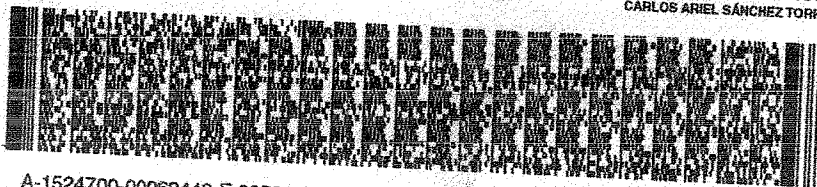
F

SEXO

31-JUL-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1524700-00062442-F-0052165938-20080901

0002856245A 1

1710002307



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288135621



PIB

05:52:37

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de enero 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) SOL YANETH PENAGOS SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52165938:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN:

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 09 de enero de 2026, a las 02:29:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52165938
Código de Verificación	52165938260109022958

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:02:55 AM horas del 09/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52165938**

Apellidos y Nombres: **PENAGOS SUAREZ SOL YANETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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, 09/01/2026 02:34:10 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52165938** y Nombre: **SOL YANETH PENAGOS SUAREZ.**

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. **132136194** . 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 Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

515 9000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**

GOV.CO



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 52165938 **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 09/01/2026 07:19 AM



Código Verificación: **XQUHTEPNR5**

Válida hasta: **09/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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 06:54:08 horas del 09/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 52165938, Apellidos y Nombres **PENAGOS SUAREZ SOL YANETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **empresa social estado**, con NIT 800006850-0 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



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

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



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Ostos de la Entidad Estatal/Proveedor

Editar datos resumen

Editar datos completos

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponibles)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad SOL YANETH PENAGOS SUÁREZ

Nombre abreviado SOL YANETH PENAGOS SUÁREZ

Fecha de creación 28/02/2020 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 52165938

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio Bogotá

Información de contacto

Dirección KR 15B 28 14

Código postal

Teléfono de oficina 3123972585

Fax de oficina

Correo electrónico de la
oficina solpenagos12@hotmail.com

Correo electrónico para
notificaciones SECOP II solpenagos12@hotmail.com

Dirección Estado País Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web

Facebook

URL de LinkedIn

URL de YouTube

URL de Twitter

Contacto principal

Título Señora

Nombre SOL YANETH Penagos Suárez

Carga AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Teléfono 7291697

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado
------------	----------	--------	--------------------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141208389925



(415)7707212489984(8020) 000014120838992 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 1 6 5 9 3 8

0

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 1 6 5 9 3 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PENAGOS

32. Segundo apellido

SUAREZ

33. Primer nombre

SOL

34. Otros nombres

YANETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Soacha

7 5 4

Dirección principal

CR 15 B 28 14 SUR

42. Correo electrónico

yanethpenagoss13@gmail.com

43. Código postal

2 5 0 0 5 1

44. Teléfono 1

3 1 2 3 9 7 2 5 8 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7 1 2 1 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

NO

X

60. No. de Folios:

0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PENAGOS SUAREZ SOL YANETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

RESERVA DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	06/07/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2026-01-09	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, 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.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUB	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PENAGOS	SUAREZ		SOL	YANETH	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Código de Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUB ☐	52165938	BOGOTA DC
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Código de Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1973-11-12	BOGOTA DC		COLOMBIA	COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIVIENTE ☐ VIUDO(A) ☐				1	31123972585
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐ CUAL:					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIAL		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 17 24B 17		SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3123972585
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
angelhaver15@gmail.com		N/A		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Código de Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUB ☐		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	EGGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☒	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARACION	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒
			AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GUBERNO ☐	SERVICIOS ☐	MAUD ☒
EXPORTACIONES ☐			AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐
TRANSPORTE ☐			TECNOLOGIA ☐	ALIMENT ☐	MEDICAMENT ☐
OTRA ☐			CUAL:		

REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45	
				Version		0	
				Vigencia		06/07/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CAILLE 13 # 2 95		7369230		SOACHA		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL						PAIS	
						COLOMBIA	
						FECHA VINCULACION	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD	
N/A		N/A		N/A		N/A	
						FECHA CONSTITUCION	
						N/A	
						TIPO SOCIEDAD	
						N/A	
5. INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		\$ 0		GASTOS FAMILIARES		\$ 2.200.000	
HONORARIOS		\$ 2.900.000		ARRENDOS		\$ 0	
ARRENDOS		\$ 0		CUOTA VEHICULO		\$ 0	
COMISIONES		\$ 0		CUOTA VIVIENDA		\$ 0	
OTROS INGRESOS*		\$ 0		OTROS EGRESOS*		\$ 0	
TOTAL INGRESOS		\$ 2.900.000		TOTAL EGRESOS		\$ 2.200.000	
				TOTAL ACTIVOS		\$ 0	
				TOTAL PASIVOS		\$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
(Indicar los datos de las personas que se relacionan con el sujeto de la declaración y que son responsables de la misma)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
VARGAS		RAMOS		ADRIANA		GLORIA	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
KR 32 13 56		SOACHA		AMIGA		3144726819	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
BANCOLOMBIA		AHORROS		2111557966		SOACHA	
						TELEFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD	
N/A		N/A		N/A		N/A	
						MONEDA	
						Monto Promedio	
						N/A	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐							
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 aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto 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 entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)							
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.							
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.							
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.							
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante							

 REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800066850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UJAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
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 ESE Región de Salud Soacha 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 c) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) 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 autorizamos, 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Sol Penagos

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SOL YANETH PENAGOS SUAREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52165938, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190105	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ANGEL DAVID ENCISO PENAGOS	HI	1013656369	TI	20190105	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28874555

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SOL YANETH PENAGOS SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52165938**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Penagos	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Suarez	NOMBRES Sol Yaneth
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 52165938	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 11 AÑO 1973 PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO LÍBANO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 3123972585 EMAIL angelhaver15@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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES	12	AÑO	1991	

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		MANEJO DE VACUNACION COVID	02	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		IMUNOBIOLOGICOS PIA	03	2021
FUNDACION EDUCATIVA FUNDAYPRO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CODIGO BLANCO	04	2023
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLOGICOS PAI	04	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		CODIGO BLANCO	04	2024
cancerologia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		institucion de cancerologia	11	2024
secretaria de salud distrital de bogota	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		contaminacion del aire y efectos en la salud	11	2024

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 7293922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	29	Mes	04	Año	2024	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENF. EXTRAMURAL			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA nullW null null				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SUBA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6621111			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	09	Año	2010	Día	15	Mes	09	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PROGRAMA DE TRANSMISIBLES					DIRECCIÓN Av ciudad de cali N° 152 00						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

9-enero-2026

So/ Peneqos

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Período Declarado: 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, SOL YANETH PENAGOS SUAREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52165938

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 15B - 28 14 SUR casa

TELÉFONO: 3123972585

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGEL DAVID ENCISO PENAGOS	1013656369	HIJO(A)

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 POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X
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
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$28.780.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$28.780.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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 CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C. C.E. T.I.

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

Sol Penagos

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

9- enero 2026

CIUDAD Y FECHA

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSION	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 9 de enero 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, SOL YANETH PENAGOS SUAREZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 52165938 interesado en la oferta de prestación de servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIA , manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Sí su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,


 C.C. 52165938

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
 Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
 Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, 9 de enero 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

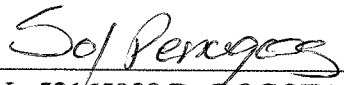
E. S. M.

Yo SOL YANETH PENAGOS SUAREZ identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52165938 de B O G O T A por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,


 C.C. No 52165938 De BOGOTA

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: SOL YANETH PENAGOS SUAREZ

N.º Documento: CC 52165938

Fecha de Nacimiento: 12/11/1973

Dirección: CL 17 24B 17

Teléfono. Fijo – Celular: 3123972585

E-mail: angelhaver15@gmail.com

EPS: COMPENSAR

AFP: SURA

Firma Contratista:

Sol Penagos

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

15/01/2026 9.51 AM



Medellín, 15 de enero de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que SOL YANETH PENAGOS SUAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52165938 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 18/06/2025

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 9 de enero 2026

Señores:

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo SOL YANETH PENAGOS SUAREZ en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente;



N° Documento CC 52165938

Dirección de contacto CL 17 24B 17

Teléfono 3123972585

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN
CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.**

Yo, SOL YANETH PENAGOS SUAREZ identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52165938 expedida en BOGOTÁ en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados:

CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible.

CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales.

CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**.

CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**.

Parágrafo Primero. Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

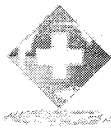
Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA:** Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 09 días del mes de enero del 2026

So/Peragos

Firma y huella



3123972585

Celular No.

ANGELHAWER15@GMAIL.COM

Correo institucional.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
	VIGENCIA	04/05/2023	

Soacha, 9 de enero 2026

Señores

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
 Soacha (Cundinamarca)

Yo **SOL YANETH PENAGOS SUAREZ** identificado con C.C. 52165938 declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



 C.C. 52165938

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

SOL YANETH PENALOS SUAREZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Fecha nacimiento / Date of birth

12/11/1973

Numero de contacto (celular) / Phone number

Numero de identificación / ID Number

62740908

País nacimiento / Country of birth

CO-COL COLOMBIA

Código electrónico / e-link



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

Lote / Vaccine Batch

ER9449

EW0206

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

Centro vacunador / Administering Center

UNIDAD DE
SERVICIOS DE
SALUD EL TUNAL

UNIDAD DE
SERVICIOS DE
SALUD EL TUNAL

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

14/04/2021

29/05/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

XVOEG8BJK23QZKZUYN5 Q8RTAG2E56W6ZSZZYQDX
IQJSWRKASJYL3QZTE6F3 NSDZG7YJUCH8YKUKIAM
U2RSEFSRRHA E3QTRYM2S7A

Fecha de emisión del documento / Document issued

19/11/2021

19/11/2021

Correo electrónico / Help line: 192 - soponemvacuna@minsalud.gov.co



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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en MIVacuna

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

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

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

View certificate in MIVacuna

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 019ac1da-d29-40cf-ba98-fd22dad5277

Nombres y apellidos / Full name

SOL YANETH PENAGOS SUAREZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

5 2 1 6 5 9 3 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

12/11/1973

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3123972585

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Fiebre amarilla	Primera dosis	24	01	2015	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	k5283	CORPORACION NUESTRA IPS - IPS BOSA	
IFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	5	5	2020		V502220001	SOACHA CENTRO DE SALUD CIUDAD	Jenny Alexandra Amaya Muñoz
Sarampión Rubéola	Adicional	19	11	2020		0128M411	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN	Ese Municipal Soacha
COVID PFIZER	Primera	14	4	2021	PFIZER	ER9449	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	YURY ALEJANDRA LANCHEROS RODRIGUEZ
COVID PFIZER	Segunda	29	5	2021	PFIZER	EW0206	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	JAIDY ALEXANDRA BOHORQUEZ BELTRAN
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	9	2	2022	PFIZER	210963	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	NUBIA ROCIO CAMELO CABALLERO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	21	6	2024	Green Cross	V50524002	SOACHA ESE MUNICIPAL SEDE SAN MARCOS	WENNDY GISELLE SALGADO VILLAMIL

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

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

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

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

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Sol Yaneth

Apellidos:

Penagos Suarez

Documento de identidad:

C.C. / T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 52165938

Fecha de nacimiento:

Día 12 Mes 11 Año 1973

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14-04-21	Pfizer	689449 31-7-21	UNHEJ TUNAL	Alejandra Lancheros	0121854062
	2	29-05-2021	PFIZER	Ewozob 9/21	Plaza de Artesanos	Jaidy Boharique	1024489361
	09	FEB 2022	Pfizer	210963	Portal Tunal.	Nobia Caracho.	52740701

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19		402 ENE 2023	PFIZER	PCMOO 76	EPSSanitas UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA CENTRO MEDICO SOACHA NIT 800.251.440-8 Cra. 1 No. 38-39 Fisco Local 2-3 C.C. Ventura Terremos Soacha	Yinel Almeida	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Tosquido Tetánico	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	06 MAY 2025		V50525004/26	sonia


Ministerio de la Protección Social
 República de Colombia


 SISTEMA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Sol Yaneth
 Apellidos: Ramirez
 Documento de Identidad: CC 52165938
 Fecha de Nacimiento: 28/12/1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Firma
Sarampión Rubéola	Única	05-01-04		
Toxóide Tetánico Diftérico Td	1	01-12-06	EURODPA	
	2	12-08-07	EURODPA	
	3	25-06-07	EURODPA	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	04-04-09	SC 507270	
	2	16-05-09	SC 507270	
	3	28-06-09	SC 507270	

Biológico	Fecha	Fabricante	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	12-01-04	SC 162	10 años	
Contra Influenza	21-04-09	SC 06770	1 año	
Otros				

Certificado de Vacunación

Institución: Hospital Santa Clara
 Nombre: Sol Yaneth Ramirez
 Identificación: 52165938 No. 3212328

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Polio	3	02-03-13	11311-5	
Td	1	23-03-13	11311-5	
TT0	3	28-04-13	11311-5	

NOMBRE: Sol Yaneth Ramirez
VACUNAL: HEPATITIS B

DOSIS	1ra.	2da.	3ra.	REFUERZO
FECHA	10-31-99	11-30-99	01-11-00	
FIRMA				


DR. JANETH DAMIAN
 Jefe Patología Infecciosa

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
INGRESO
SALUD

	Fecha: 22/Oct/2024, Hora: 01:06:41 p.m.	HC: # 73310	Edad: 50 años	
	Apellido: PENAGOS SUAREZ	Nombre: SOL YANETH		
	Tipo Doc: CC	Nro Identidad: 52165938	Sexo: Femenino ♀	Rh: O-
	Dirección: CARRERA 15 B # 28 - 14 SUR		Nacim: 12/Nov/1973	
	Estado Civil: Separado	EPS: COMPENSAR	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES
	Empresa: Particular	Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA	Ciudad: CUNDINAMARCA - SOACHA	
IPS que Atiende: . Ciudad de Atención:				

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria.

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
CONTINUAR MANEJO MEDICO
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA EPS

Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*CONTINUAR TRATAMIENTO Estricto DE MEDICAMENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CRONICO EN SU EPS.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido. VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO.

Cundinamarca, 22 de Octubre de 2024
Medico Esp. SST
C.C. 5334/2023

JULIBETH BRITO
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Lic. de S.O #: 5334/2023



Sol Penago

SOL YANETH PENAGOS SUAREZ
CC 52165938



Huella
Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@corvipne.com

Visiometria
INGRESO



Fecha: 22/Oct/2024, Hora: 01:06:41 p.m.

Apellido: PENAGOS SUAREZ

Tipo Doc: CC Nro Identidad: 52165938

Direccion: CARRERA 15 B # 28 - 14 SUR

Estado Civil: Separado EPS: COMPENSAR

Empresa: Particular

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

IPS que Atendio: , Ciudad de Atencion:

HC: # 73310

Nombre: SOL YANETH

Sexo: Femenino ♀

ARL: SURA

Ciudad: CUNDINAMARCA - SOACHA

Edad: 50 años

Rh: O-

Nacim: 12/Nov/1973

AFP: COLPENSIONES

Antigüedad en la Empresa	INGRESO	Antigüedad en el Cargo	INGRESO
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No
Diabetes	No	Diabetes	No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No
Glaucoma	No	Cataratas	No
Migraña	No	Miopia	No
Cataratas	No	Astigmatismo	No
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No
Traumas Oculares	No		
Cuerpos Extraños	No		
Hipermetropia	No		
Astigmatismo	No		
Miopia	No		

Usa Lentes	No
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

O.D.	1.25M	1.25M	NO USA	NO USA
O.I.	1.25M	1.00M	NO USA	NO USA
A.O.	1.00M	0.75M	NO USA	NO USA

Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

--	--	--	--

Agudeza Visual Normal

Aviología de Refraccion

Adecuadamente Corregida

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

comercial@servirips.com

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

Vision de Profundidad

X

Percepcion de Colores

X

Fonias

X

Vision Periferica

X

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Debe usar correccion
para laborar

Si
No
X

Valoracion por
Optometria

Si X
No

Valoracion por
Oftalmologia

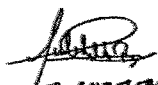
Si
No
X

Se recomienda control de
Visiometria

en 12
Meses

Conducta

PACIENTE CON SUFICIENTE AV VISUAL, PERO SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA YA QUE SE DETECTA DIFICULTADA EN LAS DOS DISTANCIAS, SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL 1 AÑO.


C.O. 5334/2023
Médico Exp. 50357
M.A. 1.102.000.000.000
C.C. 5334/2023

JULIBETH BRITO
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Lic. de S.O #: 5334/2023





SOL YANETH PENAGOS SUAREZ
CC 52165938



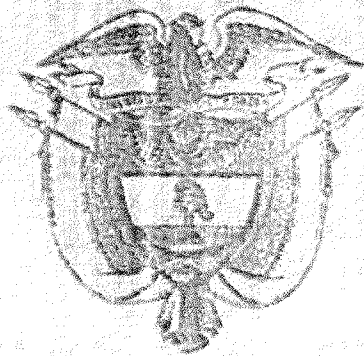
Huella
Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

**EL COLEGIO
DEPARTAMENTAL INTEGRADO
SOACHA - CUNDINAMARCA
JORNADA MAÑANA**

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 9867 del 26 de Noviembre de 1974

CONFIERE A:

Sol Daneth Penagos Suárez

IDENTIFICADO (A) CON T.I. No. 731112-10974 EXPEDIDA EN BOGOTÁ (CUND.)

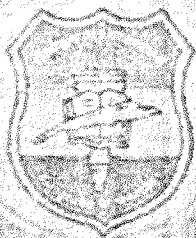
EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA
VOCACIONAL, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO



SOACHA, DE

DE 19

ANOTADO AL FOLIO LIBRO DE REGISTRO No.

SECRETARIO DE EDUCACIÓN



COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO
SOACHA - CUNDINAMARCA
JORNADA DE LA MAÑANA

Inscripción S.E. N° 054

Inscripción DANE N° 12575400718

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de Soacha, a los 6 días del mes de Diciembre del año 1991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO DE SOACHA. Institución aprobada hasta el Grado Once en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución N°9667 de Noviembre 26 - 1974. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombre PENAGOS SUAREZ SOL YANETH

C.C. of. 731112'10'74 de BOGOTA CUND.

Es fiel copia tornada del Acta original general N° 01 de fecha Diciembre 6-1991 que consta de 88 alumnos graduados que comienza con el nombre de ALMECIGA JUNCA DORR ALICE

y se cierra con el nombre de VASQUEZ PACANCHIQUÉ UNA SOFIA

Firmada y Sellada por ENRIQUE LOPEZ ROMERO (Rector) y MIGUEL ANGEL LOZANO VERA (Secretario).

Dada en Soacha a los 6 días del mes de Diciembre de 1991

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1.981.

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD
PROGRAMA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
AFROBACION ACUERDO No 6 DE JULIO 21 DE 1994 MINSALUD
LIC DE FUNCIONAMIENTO No 1998 DE JULIO 14 DE 1995 SECRETARIA DE EDUCACION
CARRERA 29A No 70-44 TEL 231 92 37

ACTA 001

Bogotá de Bogotá, 26 de julio de 1995

15/49

En la ciudad de Bogotá de Bogotá, a los 2 días del mes de Diciembre de 1995 el CENTRO VOCACIONAL DE SALUD " PROGRAMA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA " con Licencia de Funcionamiento No 1998 de julio 14 de 1995 otorgada de la Secretaría de Educación del Distrito, a las 5:00 P.M. en acto realizado en el Centro Social De Agentes, presidido por el Señor Teniente CARLOS ALBERTO HERNANDEZ, Médico Cirujano del Servicio Aéreo de la Policía Nacional y del Centro- Señor Doctor CARLOS HUMBERTO GOMEZ, Jefe de Instrumentación Instituto de Medicina Legal- Licenciada FUSA LILIA HERNANDEZ DE HERNANDEZ, Directora del Centro- Licenciados CARMEN ELISA VARGAS DE GOMEZ, NILDA SALINAS, PLINIO WILSON FUQUEN, Docentes del Centro y la Secretaría.

Por haber terminado satisfactoriamente el curso teórico-práctico se concedió el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA a SOL JANETH PERAZO SUAREZ.

En constancia firmo


Lic. CARLOS ALBERTO HERNANDEZ
Directora


Silvia Patricia Merino G.
Directora



RESOLUCION No. 25 2305 DE 2004

10 JUN 2004

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución 8211 de 15 de julio de 1989 emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que **SOL YANETH PENAGOS SUAREZ**, con cédula de ciudadanía No. 52.165.938 de Santafé de Bogotá, D.C., ha solicitado inscripción para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en el Departamento de Cundinamarca, título que le otorgó **EL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD, SANTA FE DE BOGOTA, D.C.** SEGÚN ACTA No.001, DE FECHA 07 DE DICIEMBRE DE 1993.

Que **SOL YANETH PENAGOS SUAREZ**, se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, a Nivel Nacional, mediante Resolución No.03512, DE FECHA 11 DE SEPTIEMBRE DE 1995, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTA, D.C.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscribese a **SOL YANETH PENAGOS SUAREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.165.938 de Santafé de Bogotá, D.C., para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C. a los 10 JUN 2004


JAIME ARMANDO GUERRERO GUERRERO
Secretario de Salud

al
l.v



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

**SOL YANETH
PENAGOS SUAREZ**

C.C. 52165938

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 28/02/2014

035 12

11 SET. 1935

RESOLUCION 12540

De

Por la cual se registra e inscribe un título

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegación conferida por las resoluciones
numero 2085 de 1934 y 449 de febrero D de 1935 emanada del
Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que FENACOS SUAREZ SOL VARELA (.....) con cedula de ciudadania numero 52165400 expedida en SANTAFE DE DIA solicita el registro de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA que le otorga EL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD el 12 de 1935 e inscripción para ejercer su profesion en el territorio de Santa Fe de Bogotá D.C.

Que se encuentra de acuerdo delidamente autorizada por la Secretaria de Educacion al efecto para el libro

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO - Registrar el CERTIFICADO que autoriza a FENACOS SUAREZ SOL VARELA (.....) con la cedula de ciudadania N° 52165400 expedida en SANTAFE DE DIA para ejercer la profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio de Bogotá.

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a FENACOS SUAREZ SOL VARELA (.....) para ejercer su profesion en Santa Fe de Bogotá D.C.

ARTICULO TERCERO - La presente Resolucion rige a partir de la publicacion en el diario (oficial) a costa del interesado quien debiera allegar el recibo de pago correspondiente.

11 SET. 1935

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los



[Signature]
DEACON LONDON
Secretario Distrital de Salud



[Signature]
MIGUEL ANTONIO RAMÍREZ
Subsecretario General



ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cedula de Ciudadania

52165938

Primer Nombre

Primer Apellido

SOL

PENAGOS

Confirme los números de la Imagen *

5 208

Cambiar

8486

Buscar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-01-09→4:14:18 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detal
CC	52165938	SOL	YANETH	PENAGOS	SUAREZ	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) SOL YANETH PENAGOS SUAREZ identificado(a) con CC 52165938 registra La siguiente información:

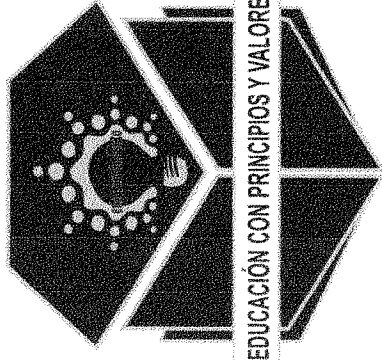
2026-01-09→4:14:18 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TÉCNICO SALUD PUBLICA	2018-10-01	2979	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1995-11-09	3512	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Sol Yaneth Penagos Suarez

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.165.938 de Bogotá

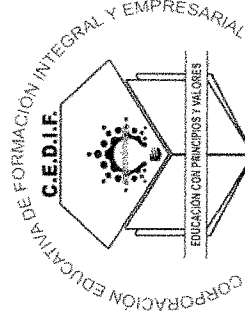
**EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE
AGENTES QUIMICOS**

Dado en Bogotá a los **29** días del mes de **mayo** de 2025, con una intensidad de **20** horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

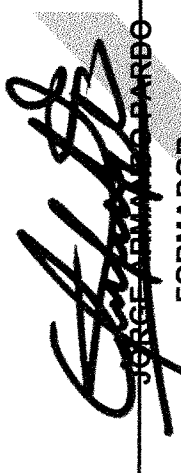
Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL



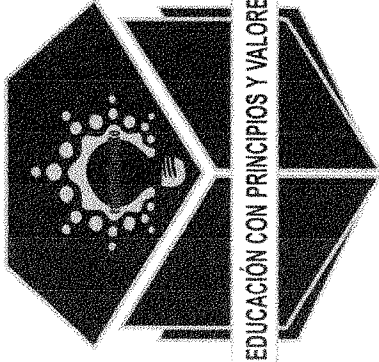
NIT. 1.022.398.338-3


JORGE FERNANDO PARBO

FORMADOR

Autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / Teléfono: 4425728-311-2367402

C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Sol Yaneth Penagos Suarez

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.165.938 de Bogotá

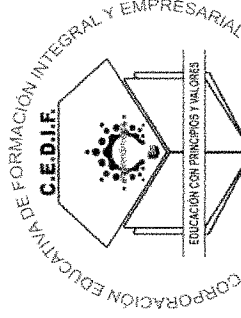
EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL; CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL (CODIGO FUCSIA)

Dado en Bogotá a los **29** días del mes de **mayo** de 2025, con una intensidad de **20** horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL

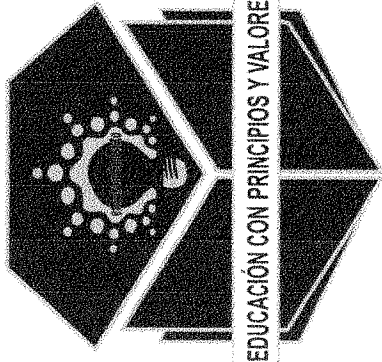


NIT. 1.022.398.338-3


JORGE ENRIQUE PARBO
FORMADOR

Autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.ceduf@gmail.com / telefono: 44257193 - 311 2561702

C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

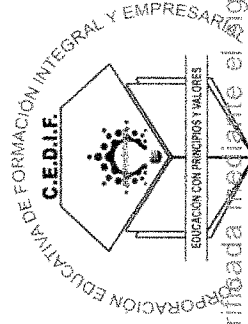
Sol Yaneth Penagos Suarez

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.165.938 de Bogotá

**EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE GESTION Y MANEJO DEL DUELO**

Dado en Bogotá a los **29** días del mes de **mayo** de 2025, con una intensidad de 20 horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:



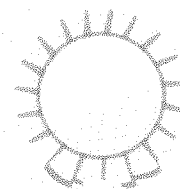
JEFFERSON LEONARDO MORA
[Signature]

JORGE ARMANDO ALVARADO
[Signature]

Autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedifo@gmail.com / teléfono: 4425738- 311 2561732

NIT. 1.022.398.338-3

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA**



CERTIFICA QUE:

Sol Yaneth Penagos Suarez

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

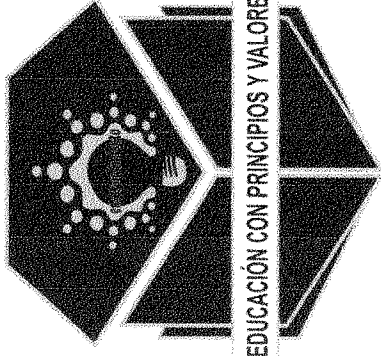
Fecha de Emisión: mayo 29, 2025



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**REGION DE SALUD
SOACHA**



C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Sol Yaneth Penagos Suarez

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.165.938 de Bogotá

**EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN**

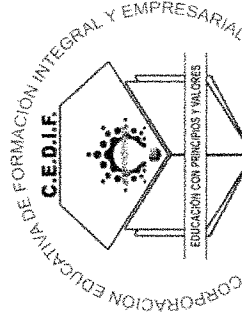
INTEGRAL DEL DENGUE

Dado en Bogotá a los **29** días del mes de **mayo** de 2025, con una intensidad de **20** horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

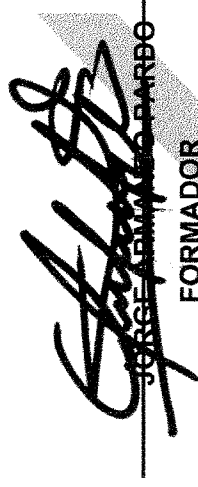
Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL

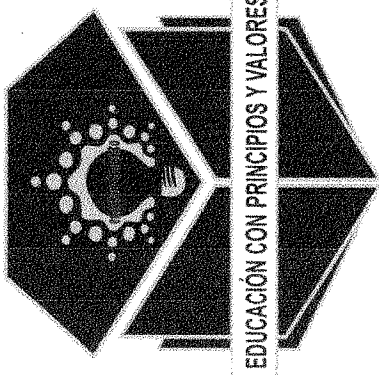


NIT. 1.022.398.338-3


JORGE EMILIO CÁRDENO
FORMADOR

Autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / teléfono: 4125438 - 414254702

C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Sol Yaneth Penagos Suarez

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.165.938 de Bogotá

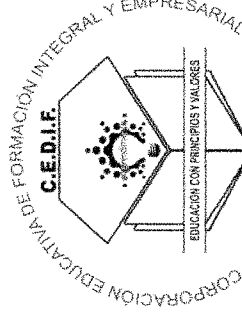
EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL; CURSO DE PREVENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA FIEBRE AMARILLA

Dado en Bogotá a los **29** días del mes de **mayo** de **2025**, con una intensidad de **20** horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL



NIT. 1.022.398.338-3


JORGE EDUARDO PARBO

FORMADOR

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) PENAGOS SUAREZ SOL YANETH; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52165938 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3815 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTION PARA EL COMPONENTE GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA (GPAISP) EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 1584626-2020 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA S
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 5.820.845
FECHA DE INICIO	2021-02-10
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-04-30
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas. 2. Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento. 3. Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades. 4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización) 5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. 6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización. 7. Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación. 8 Participar activamente en los espacios de fortalecimiento técnico convocados por la institución o por la SDS. 9. Desarrollar las actividades de vacunación dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institución y del programa Ampliado de Inmunizaciones. 10. Prestar servicios de atención e intervención integral al usuario con calidad, oportunidad y humanización. 11. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental. 12. Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del PIC.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2025.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) PENAGOS SUAREZ SOL YANETH; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52165938 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	5395 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO TECNICO 1 AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL COMPONENTE GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA (GPAISP) EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 2353360-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 26.806.990
FECHA DE INICIO	2021-05-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2022-04-30
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	TECNICO 1

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas. 2. Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento. 3. Asegurar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades. 4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización). 5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. 6. Realizar digitación, revisión, seguimiento y cruce de información de base de datos de los diferentes procesos. 7. Elaborar las actividades administrativas y gestión documental del componente. 8. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. 9. Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del PIC.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2025.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) SOL YANETH PENAGOS SUAREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52165938 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	5789 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL _COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA_ EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 3.795.151
FECHA DE INICIO	2022-05-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2022-06-20
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	TECNICO 1 PIC

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Captar, identificar y recepcionar la información generada en la operación de los subsistemas de Vigilancia en Salud pública (VSP).
2. Consignar la información detallada en la obligación anterior, en las herramientas informáticas dispuestas en cada subsistema, formatos, bases, aplicativos o demás que sea indicados.
3. Georreferenciar los registros captados, identificados y recepcionados garantizando coherencia y concordancia entre las variables de ubicación y localización.
4. Actualizar las bases de datos, formatos y demás instrumentos que correspondan.
5. Hacer los ajustes correspondientes en los diferentes aplicativos, bases de datos, formatos de acuerdo a las indicaciones correspondientes y sugeridas por la Secretaría Distrital de Salud.
6. Depurar, consolidar, ajustar la información y la respectiva realimentación a la red de operadores de los hallazgos en calidad del dato.
7. Enviar las bases de datos generadas a las Unidades Primarias Generadoras del dato (UPGD), Subredes y Secretaría Distrital de Salud (nivel central) o archivos planos soporte de la vigilancia, según lo tiempos definidos por cada subsistema.
8. Cruzar las bases de datos de acuerdo a las diferentes fuentes de información producida en cada subsistema.
9. Presentar reporte de la información para los procesos de análisis en articulación con los profesionales y/o profesional especializado a cargo de cada uno de los subsistemas.
10. Brindar asistencia técnica a la notificación de eventos de interés en salud pública y actualizar el Sistema de vigilancia Nacional- SIVIGILA en las UPGD.
11. Realizar intervención epidemiológica de campo (IEC) con el propósito de diligenciar ficha de notificación a los casos en los que se tome muestra en los diferentes eventos de Salud Pública, de acuerdo a los lineamientos de Secretaría Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud para la atención de brotes.
12. Realizar IEC y registro de la información en el formulario establecido y/o sistema para COVID.
13. Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública.
14. Canalizar y activar las diferentes rutas integrales de atención en salud.
15. Consolidar informes de Bloqueos y búsquedas activas comunitarias por localidad.
16. Asistir a comité Programa Ampliado de Inmunizaciones Local.
17. Realizar seguimiento a contactos estrechos de casos probables y confirmados de COVID.
18. Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio.

- 19. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred (foliados, rotulados, en carpeta y Formato Único de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado. "

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2025.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) SOL YANETH PENAGOS SUAREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52165938 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	5522 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33.149.188
FECHA DE INICIO	2023-04-18
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-05-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	TECNICO 1 PIC

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.
- garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento.
- garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.
- activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización)
- informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.
- realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa ampliado de inmunización
- búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.
- participar activamente en los espacios de fortalecimiento técnico convocados por la institución o por la sds.
- desarrollar las actividades de vacunación dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institución y del programa ampliado de inmunizaciones.
- prestar servicios de atención e intervención integral al usuario con calidad, oportunidad y humanización.
- organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental
- las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del pic.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2025.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) SOL YANETH PENAGOS SUAREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52165938 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	5302 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 11.072.016
FECHA DE INICIO	2024-06-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-10-15
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	TECNICO 1 PIC

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS
- 2. realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo
- 3. realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento
- 4. desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.
- 5. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.
- 6. proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos
- 7. participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS
- 8. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.
- 9. participar en las demás acciones que se requieran de acuerdo a las necesidades de la institución y del PIC.
- 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2025.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021



LA ASESORA JURIDICA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró SOL YANETH PENAGOS SUAREZ con cedula de ciudadanía No. 52165938 suscrito con la entidad, durante la vigencia 2024, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	539-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 0903 DE 2024 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	ONCE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$11.580.000.00)
FECHA DE INICIO:	29 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE JULIO DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO

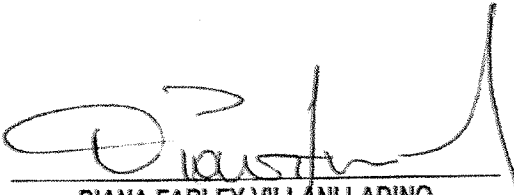
CONTRATO No.	1652-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 0903 DE 2024 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOCE MILLONES PESOS M/CTE (\$12.000.000.00)

JP

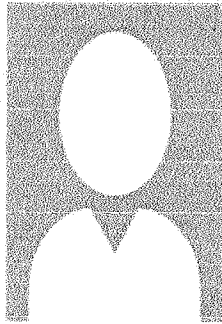


FECHA DE INICIO:	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2024
ESTADO:	EN EJECUCION

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los Dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2024.


DIANA FARLEY VILLANI LADINO
ASESORA JURÍDICA

Bienvenido al menú principal



PAOLA LILIANA CLAVIJO BORDA

Rol seleccionado: Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud: EPS

FAMISANAR S.A.S

Régimen contributivo - cotizante

**ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN
DE CONTACTO**

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual"; estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

¿Qué está buscando?

¿Qué está buscando?

