EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

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:

CARGO:

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 Inhabilidades 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 Inhabilidades 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 visiometría*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 VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS				
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 (Pediatría)				
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 URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				
	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 psicosensométricas * 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 , visiometría 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, 22 de Octubre de 2026

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad Soacha

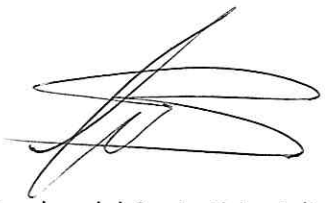
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Cargo Profesional de enfermeria

Respetado Doctor Diego Alejandro García Londoño, 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 que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre del Contratista: Julieth Alejandra Penagos Barbosa
CC: 1000319261
Dirección: Cll 18 N° 7ª 17
Email: alejandrab.1402@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3114443468



SOBRE MÍ

Soy una enfermera profesional joven, con una sólida formación académica profesional, orientada al cuidado humanizado, ético y de alta calidad en la atención de pacientes. Me caracterizo por ser una persona empática, responsable, proactiva y con un fuerte compromiso hacia el bienestar y la salud integral de las personas, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Poseo habilidades interpersonales que me permiten establecer relaciones de confianza con pacientes, familiares y equipos de trabajo multidisciplinarios. Tengo facilidad para adaptarme a diferentes entornos de trabajo, asumir nuevos retos y mantener una actitud positiva frente a situaciones de alta presión. Estoy en constante búsqueda de aprendizaje y actualización para ofrecer una atención basada en la evidencia y contribuir a la mejora continua de los servicios de salud.

CONTACTO

3114443468

alejandrab1402@gmail.com

JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

EXPERIENCIA

JEFE DE ENFERMERIA - HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

MAYO/2026- PRESENTE

- Coordinar y supervisar la atención integral de enfermería en el servicio de urgencias pediátricas, garantizando una atención segura, oportuna y humanizada.
- Liderar y gestionar el equipo de enfermería, incluyendo la programación de turnos, supervisión del desempeño y fortalecimiento de competencias.
- Garantizar el cumplimiento de protocolos asistenciales, normas de bioseguridad y estándares de calidad y seguridad del paciente.
- Coordinar la atención de pacientes según la clasificación de triage y apoyar el manejo de casos criticos.
- Administrar los recursos humanos, fisicos, medicamentos, insumos y equipos biomédicos del servicio.
- Monitorear indicadores de gestión, calidad y seguridad del paciente, implementando acciones de mejora continua.
- Participar en auditorías, comités institucionales y procesos de habilitación y acreditación en salud.
- Promover la educación continua del personal y el trabajo interdisciplinario para optimizar la atención del paciente pediátrico.

JEFE DE ENFERMERIA - PIC - E.S.E JULIO CESAR PEÑALOZA

AGOSTO/2025 - PRESENTE

- Liderar implementación de estrategias de promoción y prevención en las diferentes comunas y corregimientos de Soacha.
- Coordinar y supervisar el equipo PIC en campo.
- Planificar y ejecutar jornadas extramurales en instituciones educativas, hogares, barrios priorizados y población vulnerable.
- Hacer seguimiento a cohortes (materno perinatal, infancia, enfermedades crónicas, entre otras).
- Fortalecer procesos de educación comunitaria en temas como: salud sexual y reproductiva y hábitos saludables.
- Articular acciones con la Secretaría de Salud, EPS, IPS y líderes comunitarios del municipio.
- Supervisar el adecuado diligenciamiento de formatos, bases de datos y reportes requeridos.
- Participar en mesas técnicas, comités de salud pública y espacios intersectoriales del municipio.

FORMACIÓN ACADEMICA

ESCUELA NORMAL SUPERIOR MARIA AUXILIADORADE SOACHA
Bachiller académico

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREANDINA
Enfermera profesional

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREANDINA
Diplomado en Gestión de recursos humanos y marketing digital

CENTROACADEMICO ESAD
Soporte vital básico

CENTROACADEMICO ESAD
Soporte vital avanzado

CENTRO ACADEMICO ESAD
Muestras de laboratorio clínico

CENTROACADEMICO ESAD
Gestión del duelo

CENTRO ACADEMICO ESAD
Atención de víctimas de violencia sexual

CENTRO ACADEMICO ESAD
Atención de víctimas de agentes químicos

CENTRO ACADEMICO ESAD
Humanización en los servicios de salud

CENTRO ACADEMICO ESAD
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI

CENTROACADEMICO ESAD
Seguridad del paciente

CENTRO ACADEMICO ESAD
Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud

CORPORACIÓN TECNICA LABORAL PARA EL TRABAJO BOGOTÁ D.C
MAYO/2025/ DICIEMBRE/2025

- Fomentar la responsabilidad, empatía y profesionalismo en la atención al paciente.
- Explicar y reforzar conocimientos técnicos relacionados con los procedimientos de enfermería.
- Enseñar protocolos y normas de seguridad e higiene, incluyendo la prevención de riesgos laborales.
- Promover el razonamiento clinico y la toma de decisiones acordes al rol del auxiliar.
- Colaborar con el personal de enfermería y responsables del centro para planificar y coordinar las prácticas.
- Actuar como enlace entre el centro educativo y la clinica Onkos. Elaborar informes de seguimiento y evaluación según los criterios del programa formativo.
- Dar retroalimentación continua y constructiva para que el
- estudiante pueda mejorar.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL - PRACTICAS FORMATIVAS, BOGOTÁ D.C
NOVIEMBRE 2023- DICIEMBRE 2023

- Práctica formativa en Ginecología-Obstetricia y alto riesgo obstétrico, centrada en la administración de medicamentos y monitorización fetal
- Asistencia en adaptación neonatal y manejo integral del puerperio con hipervigilancia
- Realización de procedimientos incluyendo inserción de linea arterial, extracción de gases arteriales y toma de muestras para ITS previo al ingreso a salas de parto

BANCO DE ALIMENTOS DE BOGOTÁ - FUNDACIÓN JARDÍN INFANTIL COLORES DEL ARTE BOGOTÁ D.C
JSEPTIEMBRE 2023- OCTUBRE 2023

- Valoración integral de los menores pertenecientes al Jardín infantil
- colores del arte.
- Tamizaje y diligenciamiento de escalas de desarrollo infantil.
- Sesiones saludables a los menores, padres de familia, docentes y personal de servicios del jardín

HOMI FUNDACIÓN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA MISERICORDIA- PRACTICA FORMATIVA, BOGOTÁ D.C
JULIO 2023- AGOSTO 2023

- Participación activa en el Servicio de Hospitalización Pediátrica, diversos procedimientos clínicos y administración de medicamentos, incluyendo registros y notas detalladas de pacientes.
- Administración precisa de medicamentos y ejecución de procedimientos
- Colaboración en la revista médica, contribuyendo con informes sobre la condición actual de los pacientes, análisis de resultados de laboratorio
- Valoración integral de los menores usuarios en el

IDIOMAS

- Español
- Inglés

REFERENCIAS

RAFAEL JULIAN DIAZ

- Cel: 312 4871303
- Contratista - Asesor gubernamental

ALEIDA ESPINOSA ACOSTA

- Cel: 318 4934743
- Funcionaria pública ministerio del trabaj

VALENTINA ALARCON ORJUELA

- Cel: 3112785774
- Jefe de enfermeria

ANGIE LORENA GASCA ESCOBAR

- Cel: 304 400301
- Jefe de enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.319.261**

PENAGOS BARBOSA

APELLIDOS

JULIETH ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

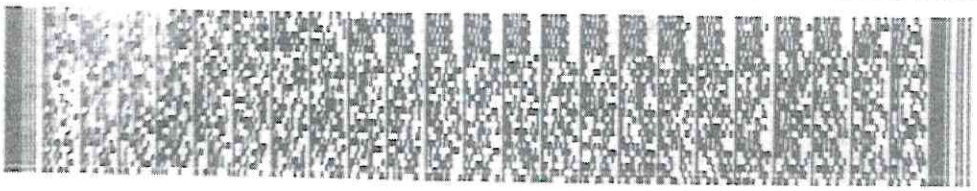
1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-FEB-2019 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

NO. DE DEFECTO



R-1524700-01071819-F-1000319261-20190409 0065160919A 2 1705356523

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACION
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305060425

PIB
02:28:02

Bogotá DC, 20 de octubre 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) JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000319261:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de octubre de 2026, a las 02:26:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000319261
Código de Verificación	1000319261261020022618

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:25:39 AM horas del 20/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1000319261**

Apellidos y Nombres: **PENAGOS BARBOSA JULIETH ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/10/2026 02:28:45 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1000319261** y Nombre: **JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA.**

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. **149881905** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1000319261 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 20/10/2026 02:29 AM

Código Verificación: 9HLSXEAWZB

Válida hasta: 20/01/2027

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 02:24:54 horas del 20/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000319261,** Apellidos y Nombres **PENAGOS BARBOSA JULIETH ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese jcp**, con NIT **832001794-2** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA, con CC No. 1000319261, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 9 de noviembre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Carrera 13A N° 106A - 28. Oficina 202. Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 - Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com / trienfer@gmail.com

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	Enfermera profesional
Título	Sra.
Nombre	Julieth Alejandra
Apellidos	Penagos Barbosa
Fecha de Nacimiento	14/02/2001 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	Si No
Nombre y apellido	Julieth Alejandra Penagos Barbosa
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1000319261
Dirección	CLL 18 7A 17
Código postal	250051
Estrato	3
Ubicación	Soacha
País	COLOMBIA
Correo electrónico	alejandrab1402@gmail.com
Teléfono	3114443468
Celular	3114443468

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3114443468
SMS para recuperar la contraseña	3114443468

Editar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141250248369

(415)7707212489984(8020) 000014125024836 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 0 3 1 9 2 6 1	8	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PENAGOS	BARBOSA	JULIETH	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DELICIAS A.P	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal
CL 18 7 A 17

42. Correo electrónico JULIETHALEJANDRAPENAGOSBARBOSA@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 4 4 3 4 6 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5 6 1 9	2 0 1 9 0 8 2 7	8 6 9 9	2 0 2 6 0 5 0 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-06 / 06:18:50PM

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 BARBOSA JULIETH ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141250248369

(415)7707212489984(8020) 000014125024836 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 3 1 9 2 6 1	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 0 8 2 7	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 0 8 2 7	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 3 1 5 8 1 0 5	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 9 0 8 2 7		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2026-10-22	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 5.2.2.2.2.1, 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	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	ENFERMERO/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PENAGOS	BARBOSA	JULIETH	ALEJANDRA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1000319261	SOACHA	2019-02-19
PASAPORTE	OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
2001-02-14	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	1	0	3114443468

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	ENFERMERO/A	CONTRATISTA
		X								

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 18 N° 7A 17	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7292553

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alejandra.1402@gmail.com	N/A	PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR		PENSIONADO		CUAL:	ENFERMERO/A
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO			OTRA.			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI		IVA	SI	NO X	8699
	NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI / NO X		SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X		890802036-6

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Carrera 2 N° 12 38	(601) 7293922	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERO/A	FECHA VINCULACION	2025-08-25

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 3.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 3.914.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 1.800.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 9.000.000
TOTAL INGRESOS	$ 3.914.000	TOTAL EGRESOS	$ 3.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 10.800.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
			DEUDA UNIVERSITARIA

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar, ni vivir con el Cliente o Contratante y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOPEZ	ORREGO	MARIA	PAULA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 11 Nº 67A 88SUR	BOGOTA D.C / COLOMBIA	AMIGA	3202218453

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	cuenta de ahorros	91288788915	SOACHA	7293922

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [ ] [x]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ]

CUAL: N/A

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 entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): ENFERMERO/A

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 del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE REGION 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al 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 fueren 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

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 Ley1581 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. 800006850-3, 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, suministramos nuestros 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 Prestados 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 accederé 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) Envió 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 UIAF, 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 capitulo XI del Titulo 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 mi.
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 los previsto en el literal e) 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

Alejandra Penagos

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Julieth Alejandra Penagos Barbosa, identificado(a) con CC número 1000319261, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000319261
NOMBRES Y APELLIDOS	Julieth Alejandra Penagos Barbosa
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	14/02/2001
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	10/08/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1000319261 JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA Desde 10/08/2025- Vigente

Generado por interfaces

20/10/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1000319261,** se encuentra afiliado/a desde **04/08/2025** 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 20 de octubre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Penagos	Barbosa	Julieth Alejandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1000319261	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 02 AÑO 2001	CALLE 18 7A 17			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3114443468	EMAIL	alejandrab.1402@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 BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2016
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2024	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6017309230	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFEISONAL	*DEPENDENCIA* ENFERMERA JEFE						*DIRECCIÓN* CALLE 13 10 null 48					
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 3330333698	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE ENFERMERA	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 null 38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha 22 oct 2026

Alejandra Peraggs

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | sigep II

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Julieth Alejandra Penagos Barbosa

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1000219661 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 16 7A 17 TELEFONO: 3114443468

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Miguel Armando Penagos Diaz	11073216	PADRE
Luz Herminda Barbosa Malpcha	52107446	MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$30.828.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$30.828.000

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
Bancolombia	CUENTA DE AHORROS	91208736015	Soacha	250.500

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 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 ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido forma ocasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA	
Juleth Penagos	Soacha 22-10-26
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAF

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Soacha, 22 de Octubre de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Julieth Alejandra Penagos Barbosaidentificado(a) con cedula No. 100319261 de Soacha interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: enfermera profesional 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.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Alejandra Penagos

C.C. 1000319261

Soacha, 22 de Octubre 2026

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Julieth Alejandra Penagos Barbosa identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1000319261 de S o a c h 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,

Alejandra Penagos

C.C. No. 1000319261 De Soacha

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 Colpatria

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Julieth Alejandra Penagos Barbosa

N.º Documento: 1000319261

Fecha de Nacimiento: 14 de Febrero de 2001

Dirección: Cll 18N° 7ª 17

Teléfono. Fijo – Celular: 3114443468

E-mail: alejandrab.1402@gmail.com

EPS: Sanitas

AFP: Colpensiones

Firma Contratista: Alejandra 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.

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Fecha deTerminacion del Contrato
JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA	C.C.	1,000,319,261	21/05/2026	31/12/2026

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 11 de noviembre de 2026 a las 03:07:03 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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 22 de octubre de 2026

Señores:

FUNSACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA 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 Articulo 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: ENFERMERA

Cordialmente;

Firma Alejandra Penagos

N° Documento 1000319261

Tarjeta Profesional N 1000319261

Dirección de contacto CLL 18 7 17

Teléfono 3114443468

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

Yo, Julieth Alejandra Penagos Barbosa, identificado (a) con cédula de ciudadanía número_, expedida en Soacha, 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 especificarlas 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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 22 días del mes de Octubre del año 2026



Alejandra Peragos

Firma y huella

3114443469 6

Celular No.

Correo institucional

Soacha 22 de Octubre de 2026

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

Yo Julieth Alejandra Penagos Barbosa con C.C. 1000319261 expedida en Soacha, 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: articulo 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,

Alejandra Penagos
C.C. 1000319261

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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032918	0

TOMADOR	JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA			CC	1.000.319.261
DIRECCION	CL 18 NRO. 7 A - 17	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3114443468
ASEGURADO	JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA			CC	1.000.319.261
DIRECCION	CL 18 NRO. 7 A - 17	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3114443468
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 04 / 2026	30 / 04 / 2026	30 / 04 / 2027	30 / 04 / 2026	30 / 04 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA	93093	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 20,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005141792206(3900)000000127895(96)20260614

REFERENCIA PAGO:

1100514179220-6

21-03-101032918

FIRMA AUTORIZADA

SERGIOASIABATTO

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032918	0

TOMADOR	JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA			CC	1.000.319.261
DIRECCION	CL 18 NRO. 7 A - 17	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3114443468
ASEGURADO	JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA			CC	1.000.319.261
DIRECCION	CL 18 NRO. 7 A - 17	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3114443468
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 04 / 2026	30 / 04 / 2026	30 / 04 / 2027	30 / 04 / 2026	30 / 04 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA CLIENTE	93093	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud **Acceso a la información**

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · SuperINTER · éxito · MOVIIRED

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

GanaGana · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá Cambiando Contigo · Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

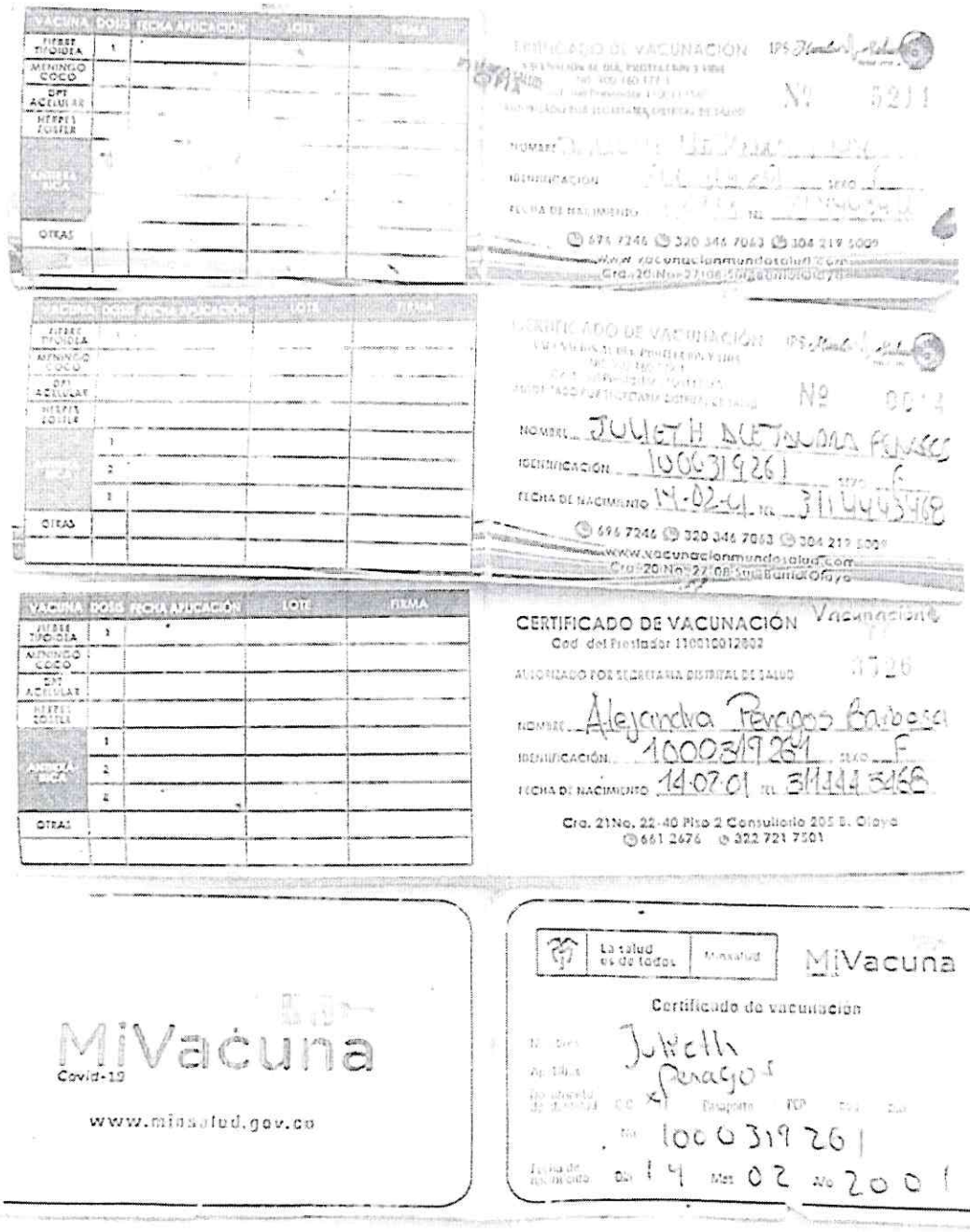
FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100514179220 6(3900)000000127895(96)20260614

REFERENCIA PAGO: 1100514179220-6

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HEPATITIS ZOSTER				
AMARILA FIEBRE	1			
	2			
	3			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN IPS

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

No. 5211

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN SEXO

FECHA DE NACIMIENTO TEL

694 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sta. Bárbara Floridablanca

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA				
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HEPATITIS ZOSTER				
AMARILA FIEBRE	1			
	2			
	3			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN IPS

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Nº 00 4

NOMBRE JULIETH ALEJANDRA PERAGOS

IDENTIFICACIÓN 1006319261

FECHA DE NACIMIENTO 14-02-01 TEL 3114453468

694 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sta. Bárbara Floridablanca

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HEPATITIS ZOSTER				
AMARILA FIEBRE	1			
	2			
	3			
OTRAS				

Vacunación

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Cod del Prestador 110010012802

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 3726

NOMBRE Alejandra Peragos Barbosa

IDENTIFICACIÓN 1006319261 SEXO F

FECHA DE NACIMIENTO 14-02-01 TEL 3114453468

Cra. 21 No. 22-40 Piso 2 Consultorio 205 S. Olaya

661 2676 322 721 7501

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

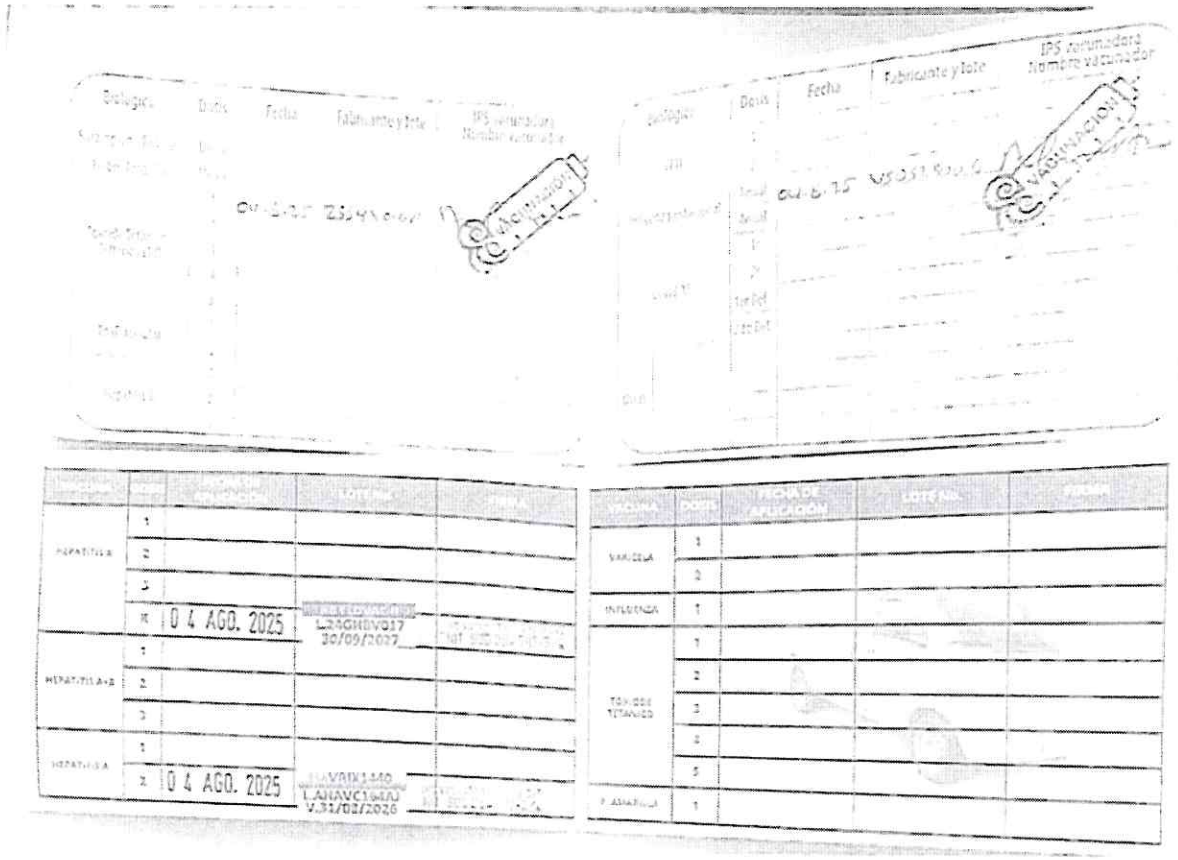
Certificado de vacunación

Nombre Julieth Peragos

Identificación Tipo de documento CC CE Pasaporte PEP PPT Otro

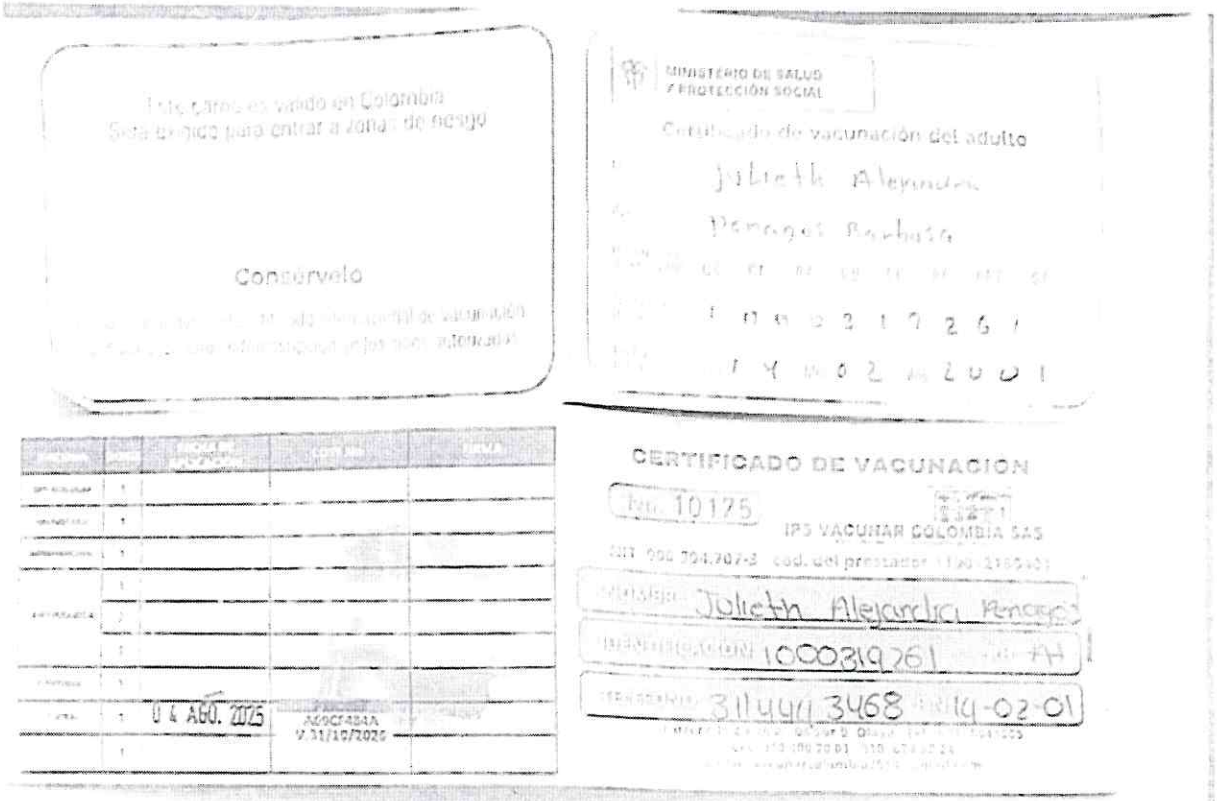
No. 1006319261

Fecha de nacimiento Día 14 Mes 02 Año 2001



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
HEPATITIS A	1			
	2			
	3			
	R	04 AGO. 2025	L:23GHBV017 20/09/2027	
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2	04 AGO. 2025	L:AHAVC1940A V:31/03/2026	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TD/DT/DPT/TT	1			
	2			
	3			
	R			
	5			
F. AMARILLA	1			



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Julieth Alejandra
Penagos Bautista

1 0 0 0 3 1 9 2 6 1

1 4 0 2 2 0 0 1

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
	1			
	1			
	1			
	1			
	2			
	1			
	1			
	1	04 AGO. 2025	AZ0CF484A V:31/10/2026	
	1			

CERTIFICADO DE VACUNACION

Fac. 10175

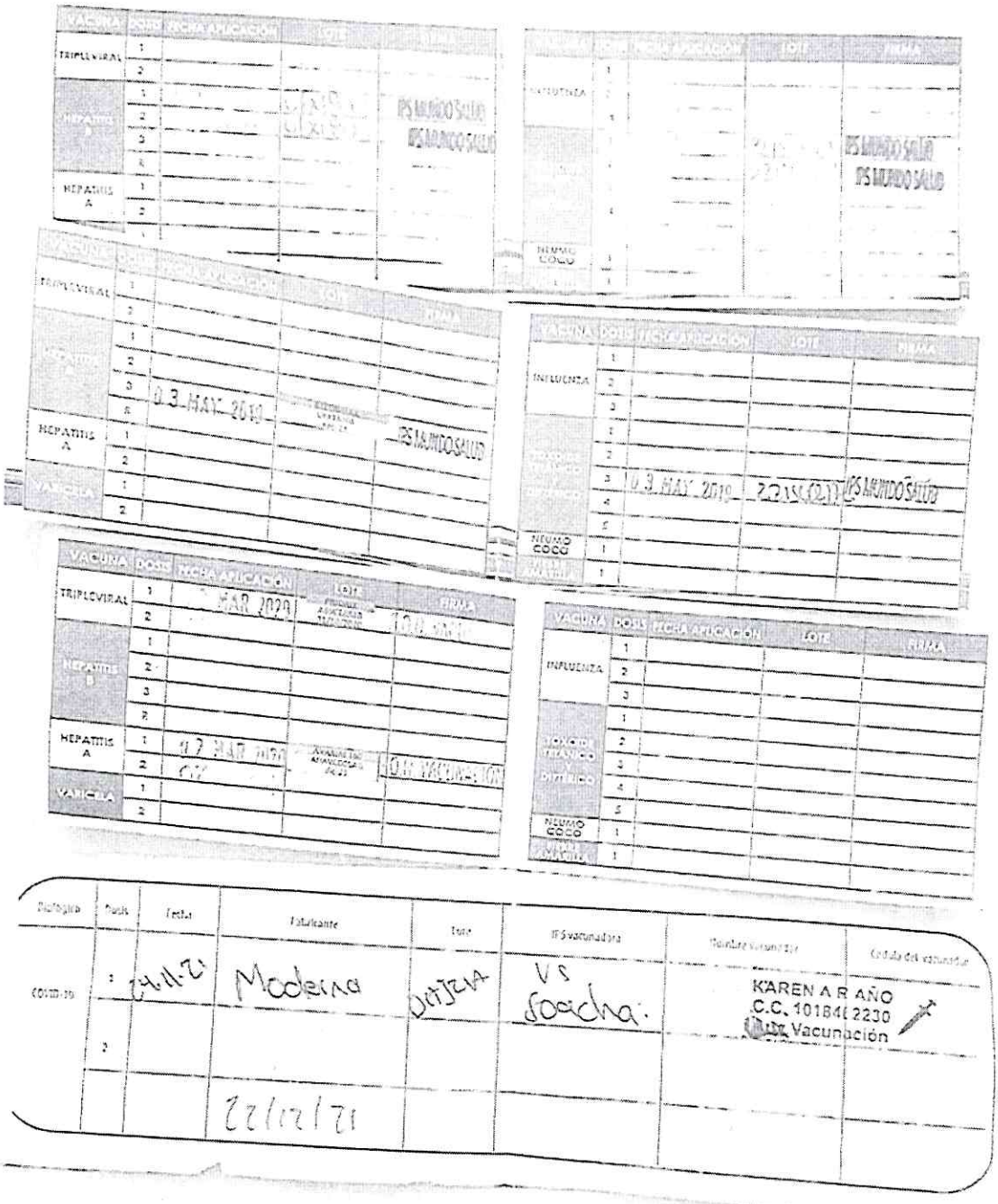
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

NIT 900.704.707-8 cod. del prestador (Fac. 2150401)

Usuario: Julieth Alejandra Penagos

Identificación 1000319261 TI

Teléfono: 3114471468 Fecha 14-02-01



VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

IPS MUNDO SALUD

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
DIFTERICO TETANICO ACELULAR	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMOCOCO	1			
	2			

IPS MUNDO SALUD

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3	03 MAY 2019		
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

IPS MUNDO SALUD

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3	03 MAY 2019		
DIFTERICO TETANICO ACELULAR	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMOCOCO	1			
VARICELA	1			

IPS MUNDO SALUD

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1	MAR 2020		
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1	12 MAR 2020		
	2			
VARICELA	1			
	2			

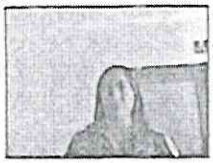
VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
DIFTERICO TETANICO ACELULAR	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMOCOCO	1			
VARICELA	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador(a)	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24.11.21	Moderna	013EVA	VS Sabana.	KAREN A R AÑO C.C. 1018[2230 Vacunación	
	2						
			22/12/21				

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL PRE INGRESO SALUD



Fecha: 13/May/2026, Hora: 08:43:03 a.m.
HC: # 92443
Edad: 25 años
Apellido: PENAGOS BARBOSA
Nombre: JULIETH ALEJANDRA
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1000319261
Sexo: Femenino ♀
Rh: A+
Direccion: CLL18 7A 17
Nacim: 14/Feb/2001
Estado Civil: Casado
EPS: SANITAS
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A
AFP: COLPENSIONES
Empresa: Particular
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Ciudad: SOACHA- CUNDINAMARCA
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

Examenes Realizados

Enfasis Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional Basico, Visiometria.

Concepto

APTO PARA EL CARGO.

Recomendaciones

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS COMO LO ESTABLECE LA EMPRESA

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.
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA.
- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
- USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE, SE SUGIERE CONTROL EN UN AÑO.
- 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..

Observaciones

*Este certificado se emite dando cumplimiento a la resolución 1843 de 2025 emanada del ministerio del trabajo , el titular de este certificado : cuyos datos y firma 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 , a las declaraciones del paciente y las evaluaciones realizadas , la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR ,Se prohibe la alteración parcial o total de la información aqui contenida ya que se pone en riesgo el cuidado en la salud del trabajador .*VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO *, se notificará al ministerio del trabajo cualquier alteración de este documento.*

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

JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA
CC 1000319261

Huell
Digit

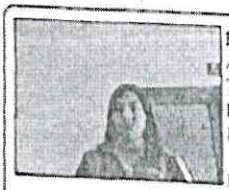
Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Powered by CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
001.120.503-5

IPS SERVIR

Visiometria
LABORAL PRE INGRESO



Fecha: 13/May/2026, Hora: 08:43:03 a.m.
Apellido: PENAGOS BARBOSA
Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1000319261
Direccion: CLL18 7A 17
Estado Civil: Casado EPS: SANITAS
Empresa: Particular
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

HC: # 92443 Edad: 25 años
Nombre: JULIETH ALEJANDRA
Sexo: Femenino ♀ Rh: A+
Nacim: 14/Feb/2001
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A AFP: COLPENSIONES
Ciudad: SOACHA- CUNDINAMARCA

Antiguedad en la Empresa INGRESO Antiguedad en el Cargo INGRESO

Antecedentes			
Personales		Familiares	
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		

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

Evaluacion					
Agudeza Visual	Vision de Lejos SC	Vision de Cerca SC	VL CC	VP CC	ADD
O.D.	20/25	0.50M	NO USA	NO USA	N/A
O.I.	20/25	0.50M	NO USA	NO USA	N/A
A.O.	20/20	0.50M	NO USA	NO USA	N/A

Examen Externo			
Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X	X		
Patologia de Refraccion				
Adecuadamente Corregida				

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Powered by CamScanner

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si No X	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Conducta: EL PACIENTE PRESENTA UNA SALUD VISUAL ÓPTIMA, SIN SIGNOS DE ALTERACIONES. SE RECOMIENDA EL USO DE PROTECCIÓN SEGÚN SU ACTIVIDAD Y LAS MEDIDAS ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA. SE SUGIERE CONTROL EN UN AÑO.

Dra. Samantha Yepes Escobar
Optometra U.N.

SAMANTA YEPES ESCOBAR
OPTOMETRA
Registro #: 3941 CTNPO

JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA
CC 1000319261

Huell
Digit

Powered by CamScanner

IPS SERMEDI

Salud y Bienestar a su Alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MEDICOS SAS
#013965095-7
Calle 58 a Sur # 48D - 53
310 257 6212 - 300 656 4757

Bogotá



N° 22.420

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
02 DIA	05 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PENAGOS BARBOSA JULIETH ALEJANDRA	FEMENINO	25 AÑOS 2 MESES 15 DIAS	CC Tipo	1000319261 Número

Cargo

JEFE DE ENFERMERIA

EPS	AFP	ARL
COLSANITAS	COLPENSIONES	COLPATRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 11306568 - JAIR OSPINA

R.M.: 17220 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PENAGOS BARBOSA JULIETH ALEJANDRA

CC: 1000319261

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Escuela Normal Superior María Auxiliadora

Suacha - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaria de Educacion de Cundinamarca según Resolución No. 001260 del 20 de Noviembre de 1999,
y con acreditación de Calidad y Desarrollo del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No.7908 del 26 de Agosto de 2010, para el Programa De Formacion Complementaria.

Confiere a:

Penagos Barbosa Julieth Alejandra

Identificado(a) con T.I. 1000319261 de Suacha

El Título de

Bachiller Académico

Con Profundización en el Campo de la Educación y la Formación Pedagógica

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media
("Artículo 28, artículo 31 de la Ley 115 de 1994 y artículo 11 del decreto 1860 de 1994")
según los planes y programas vigentes

ESCUELA NORMAL SUPERIOR MARIA AUXILIADORA

Sor Martha Inés Alfonso G.
C.C. No. 51.703.629 de Bogotá
Rectora

Angela Viviana Alarcón
C.C. 52.756.570 de Bogotá
Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 1 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 14

Dada en Suacha (Cundinamarca) a los 2 días del mes de Diciembre de 2016

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Powered by CamScanner

...COPIA..DIGITAL..AUTÉNTICA...

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA

C.C. Nº. 1000319261

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 10 de Abril de 2025

Rector

Secretaria General

Decano

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Tomo 4 - Folio 141 - Registro 51854 - Acta No. 1022 - Fecha 10 de Abril de 2025 -

Código de Seguridad: 2718-AA-101873

Código Seguro de Verificación: vDdDX1ftewPfX5

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 2215 Mineducación Dic. 9-63

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 1022

En Bogotá D.C., el 10 de abril de 2025 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA

Identificada con C.C. No. 1000319261, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ENFERMERA** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 4, folio 141, registro 51854.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 10 días del mes abril de 2025.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

Código Seguro de Verificación: b1k7D56yogHBJUuw

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA
C.C. 1.000.319.261
Fundacion Universitaria Del Area Andina
Bogotá D.C.
Fecha de Expedición del Diploma: 10/04/2025
Fecha de Inscripción en Rethus: 02/05/2025

57255

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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 *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1000319261

Primer Nombre

JULIETH

Primer Apellido

PENAGOS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3493

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-20→3:23:27 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1000319261	JULIETH	ALEJANDRA	PENAGOS	BARBOSA	Vigente

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Ian058647TNaA395-4705-2-631188635

IPS FUNDACION HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCION EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Proteccion Social
DHS182194 - DHS182195

FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

NIT: 9003970736

www.hogaresbethel.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

ATENCIÓN A VÍCTIMAS POR VIOLENCIA SEXUAL

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá, D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinodor Clinico

Para certificar lo autenticidad del el presente diploma, escanee el código QR ubicado en la parte superior izquierda.

1B8997°VF HĆAIidó 233168 18656

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protecciôn Social
DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHE

NTF: 90099073(
www.nogaresbethet.com
www.centrodeeducacionsuperio

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá. D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clinico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquiarda.

1B8997°VF HĆAlidó 233168 18656

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social
DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHEL

NTF: 900990736
www.nogaresbethet.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

MANEJO DEL DUELO

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá. D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clinico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquierda.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2026

ROSANA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
GERENTE

Fecha de Emisión: octubre 29, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

IPS FUNDACION HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social

DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHEL

NTF: 900990736

www.nogaresbethet.com

www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

MANEJO DEL DENGUE Y FIEBRE AMARILLA

48 Horas

29 de julio del 2025 en la ciudad de Bogotá. D.C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clínico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquiarda

Im:01384FITNob094a22G-26631188025

IPS FUNDACION HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Proteccion Social
DHS182194 - DHS182195

FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

NIT: 9003970736

www.hogaresbethel.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

TOMA DE MUESTRAS RÁPIDAS Y ASESORIA DE VIH Y SÍFILIS

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá, D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clínico

Para certificar la autenticidad del el presente diploma, escanee el código QR ubicado en la parte superior izquierda

1B8992°VF HĆAIid6 233168 18656

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social
DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHEL

NTF: 900990736
www.nogaresbethet.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

SOPORTE VITAL AVANZADO

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá. D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clinico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquiarda.

1B8992°VF HĆAIidó 233168 18656

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social
DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHEL

NTF: 900990736
www.nogaresbethet.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POCT)

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá. D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clinico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquiarda.

ACOFAEN

Abbott

CERTIFICA QUE

JULIETH ALEJANDRA PENAGOS BARBOSA

Con número de identificación 1000319261
ha asistido en calidad de participante y completado con éxito el taller de inserción y remoció
implante anticonceptivo subdérmico

Sinoimplant®

Realizado en SOACHA, Colombia EL 21 DE NOVIEMBRE 2025
con una intesidad de 4 horas

Jacqueline Molina -Uriza
Gerente de Proyectos
Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermeria
ACOFAEN

Marcela Pérez Pérez
Directora Médica
Abbott EPD Colombia

El presente Certificado acredita la participación en un proceso de formación dirigido a adquirir y fort er conocimientos, desarrollar destrezas en la inserción/remo n del Implante Subdérmico Sinoimplant, se criterios definidos. Abbott S.A no es una entidad educativa habilitada por el Ministerio de Educació ra ofrecer programas de formación, este documento constitu exclusivamente la prueba de asistencia al

Con el respaldo
y aval de:

ACOFAEN
Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería

Abbott

CAPACITACIÓN DE INSERCIÓN Y RETIRO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO SINOIMPLANT® (Levonorgestrel 75MG) :

Descripción del programa de entrenamiento y certificación:

- Epidemiología
- Problemática Nacional
- Recomendaciones en el manejo de Sinoimplant®
- Presentación Producto y Kit
- Farmacocinética
- Mecanismo de acción
- Indicación INVIMA
- Contraindicaciones
- Precauciones
- Advertencias (INVIMA)
- Interacciones con medicamentos
- Efectos secundarios (INVIMA)
- Complicaciones y manejo
- Ventajas
- Asesoría de manejo de retiro temprano
- Recomendaciones
- Signos y síntoma de alarmas
- Recomendaciones de criterios de elegibilidad se OMS(Pacientes)
- Categoría de la OMS para métodos temporales
- Procedimiento inserción y remoción
- Especificaciones detalle manejo del trocar
- Recomendaciones Post inserción
- Ventajas producto, eficacia Clínica y seguridad
- Remoción

1B8997°VF HĆAlidó 23316818656

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protecciòn Social
DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHEL

NTF: 900990736
www.nogaresbethet.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

TOMA E INTERPRETACIÔN DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá. D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clinico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquiarda.

1B899Z°VF HĆAIidó 233168 18656

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y FORMACIÓN EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social
DHS192194–DHS182195

FUNDACION HOGARES BETHEL

NTF: 900990736
www.nogaresbethet.com
www.centrodeeducacionsuperior.com

OTORGA A:

Julieth Alejandra Penagos Barbosa

Identidad No. 1000319261

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

48 Horas

25 de octubre de 2026 en la ciudad de Bogotá. D. C.

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador Clinico

Para certificar la autenticidad del presernte diploma, escanee el codigo QR ubicado en la parte superior izquierda.