



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>cortes</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Mora</u>	NOMBRES <u>leidy johanna</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1130.662.666</u>		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO _____ D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>23</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1988</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO <u>valle del cauca</u> MUNICIPIO <u>cali</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>cra 42c # 51-23</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO <u>valle del cauca</u> MUNICIPIO <u>cali</u> TELÉFONO <u>3113705438</u> EMAIL <u>leidy-jmora@hotmail</u>	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Aux. de enfermería</u>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO <u>Abri 4 2009</u>	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>04</u>	AÑO <u>2009</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
T.C	4	X		Auxilia de Enfermería	4	2009	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital en casa	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Valle del cauca	MUNICIPIO Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 06 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Leidy cortes
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha _____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
1.130.662.666

CORTES MORA
APELLIDOS

LEIDY JOHANNA
NOMBRES

Leidy Johanna Cortes Mora



FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1988**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-MAR-2007 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDECE DERECHO

REGISTRACION NACIONAL



P-3100104-05158552-F-1130982985-20070008 03134 07158M 02 242600546

Los suscritos Director y Secretario Académico del Centro Nacional de Capacitación Laboral - CENAL, en uso de las facultades que les confiere el Capítulo V del Manual de Convivencia, expiden la siguiente Acta de Grado, acogido a la resolución de aprobación No. 1797 del 19 de julio de 2005, emanada de la Secretaría de Educación Municipal, actuando en nombre del Ministerio de Educación Nacional.

Acta de Grado No. 689

El Secretario Académico y la Directora del Centro Nacional de Capacitación Laboral - CENAL, teniendo en cuenta:

Que la señora **LEIDY JOHANNA CORTÉS MORA**

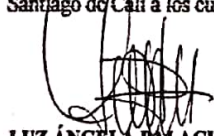
Con cédula de ciudadanía No. 1.130.662.666 de Cali.

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del programa Técnico Laboral en AUXILIAR DE ENFERMERÍA, con duración de 1800 horas.

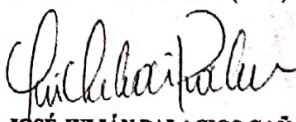
De conformidad con las disposiciones legales vigentes, se le otorga el siguiente certificado de aptitud ocupacional en:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Santiago de Cali a los cuatro (04) días del mes de abril del dos mil nueve (2009).



LUZ ÁNGELA PALACIOS GAÑÁN
DIRECTORA



JOSÉ JULIÁN PALACIOS GAÑÁN
SECRETARIO ACADÉMICO

REGISTRADO AL FOLIO 44 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 001.

SEDE CALI:
Calle 34N No. 28is-70
(Frente a la sede administrativa del Deportivo Cali)
PBX: 681 73 01 - 661 58 83 - 661 62 24

SEDE TULUÁ:
Carrera 23 No. 32-41
Teléfonos: 224 32 85 - 225 77 87

SEDE PALMIRA:
Calle 31 No. 23-44
Teléfonos: 266 00 99 - 270 88 83

www.cenal.com.co



La República de Colombia
y en su nombre
Instituto no formal
Centro Nacional de Capacitación Laboral



CENAL

Con autorización oficial para la prestación del servicio educativo no formal,
resolución 1797 de 2005, emanada por la Secretaría de Educación
Municipal de Cali, expide este certificado de
aptitud ocupacional a:

LEIDY JOHANNA CORTÉS MORA

Identificada (a) con 1.130.662.666 de Cali

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente el programa en el campo laboral de:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Con duración de 1800 horas

En testimonio de ello se firma en Cali a los 4 días del mes de
abril del año 2009

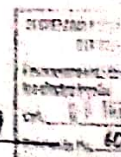
José Oliverio Palacios Lozano
Director Académico

[Firma]

José Julian Palacios Gaitán
Secretario Académico

Luz Angela Palacios Gaitán
Directora

Anotado en el control interno del plantel en el libro No. 01 Folio No. 44 Diploma No. 689





CERTIFICA QUE:

Que el (la) señor(a) Cortes Mora, Leidy Johanna, identificado(a) con CC-Cédula de ciudadanía No. 1130662666, prestó sus servicios a HOSPITAL EN CASA S.A, entre el 16 de junio de 2014 y el 01 de noviembre de 2019.

Al momento de su retiro se encontraba desempeñando el cargo de AUXILIAR ENFERMERIA II HC.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el día 01 de noviembre de 2019, con destino a Quien Pueda Interesar.

Atentamente,

DIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ
DIRECTOR(A) GESTION HUMANA PAL Sede Admin CLI
SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.
NIT. 900363673-9

Para información adicional, comunicarse al Teléfono: 3330000 Ext. 39102 Cali o 01-8000-963096

Horario de atención: Lunes a Viernes de 7:30a.m. a 12:20p.m. y de 1:30p.m. a 5:30p.m.



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 *

1130662666

Primer Nombre *

Leidy

Primer Apellido *

Cortes

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2918

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-01-02→1:24:33 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1130662666	LEIDY	JOHANA	CORTES	MORA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LEIDY JOHANA CORTES MORA identificado(a) con CC 1130662666 registra La siguiente información:

2023-01-02→1:24:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2010-11-08	766008	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE

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

SISPRO	
	Principal
	SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m.
en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRS](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)



IMPORTANTE

Las vacunas logran que nuestro organismo desarrolle defensas contra los agentes infecciosos contenidos en cada una de ellas. Estas defensas se activan cuando entramos en contacto nuevamente con los microorganismos, protegiéndonos así contra las enfermedades.

RECOMENDACIONES

- No hacerse masa en el sitio de aplicación de la vacuna.
- En caso de dolor e inflamación. Colocar hielo o paños de agua fría en el lugar de aplicación o tomar medicamentos según criterio médico.
- Si usted se vacuna contra meningococo o tétanos es normal las siguientes reacciones: Fiebre, Dolor frecuente, enrojecimiento.
- Si se aplica M.M.R., Rubéola, Sarampión o Fiebre Amarilla debe esperar tres meses para quedar en embarazo.
- Si presenta un síntoma diferente a los explicados anteriormente por favor dirigirse a Promo-Salud Ltda. ubicado en la Cra. 46 No. 90-85 Local 104 - 105 o comuníquese a los teléfonos: 554 8295 - 554 8247 - 551 4030

MUCHAS GRACIAS

CARNET DE VACUNACIÓN

C.C.:

Nombre:

LEIDY CORDES

Dirección:

Teléfono:

SOMOS LA MEJOR OPCIÓN EN VACUNACIÓN...

Cra. 46 No. 90-85 Local 104 Clínica Santilana
Teléfono: 554 8295 - 554 8247 - 551 4030
E-mail: promosalud@telesat.com.co
Cali - Colombia

ESQUEMA DE VACUNACION ADULTOS					
VACUNA	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	REF	REF
HEPATITIS B	JUN 11/07	JUL 16/07	CI JUL 20/07		
TETANO	JUN 11/07	JUL 16/07	CI JUL 20/07		
de ADULTO					
INFLUENZA	22-03-09		LEPTOSPIRA		
TUINRIX					
MENINGITIS			FIEMRE PANDELA		
HEPATITIS A			Rubéola, Fiebre, Sarampión, M.M.R.		
VARICELA			ROOSTRIX		
NEUMOCOCO			FIEMRE TIFOIDES		

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

Consérvelo

En caso de requerir el carnet, solicite el mismo en la oficina de salud pública o en la oficina de salud pública de la zona de riesgo.

La salud es de todos

CE	La salud es de todos	Ministerio
----	----------------------	------------

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: Ledy Baeza
 Apellido: BAEZA
 Documento de identidad: 9.999.999.999.999.999
 Fecha de nacimiento: 23/12/1988

Enfermedad	Dosis	Fecha	Elaborante y lote	Observaciones
Varicela - Rubéola	1			
Varicela - Rubéola	2			
Varicela - Rubéola	3			
Varicela - Rubéola	4			
Varicela - Rubéola	5			
Varicela - Rubéola	6			
Varicela - Rubéola	7			
Varicela - Rubéola	8			
Varicela - Rubéola	9			
Varicela - Rubéola	10			

Enfermedad	Dosis	Fecha	Elaborante y lote	Observaciones
Varicela - Rubéola	1			
Varicela - Rubéola	2			
Varicela - Rubéola	3			
Varicela - Rubéola	4			
Varicela - Rubéola	5			
Varicela - Rubéola	6			
Varicela - Rubéola	7			
Varicela - Rubéola	8			
Varicela - Rubéola	9			
Varicela - Rubéola	10			

FECHA DE EXAMEN 21/01/2023 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	Nit	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	e-mail	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
Nombres	LEIDY JOHANNA			Apellidos	CORTES MORA				
Identificación	CC	1130662666	Edad	34 Años	Genero	F	Grupo sanguíneo		O +
Procedencia	Lugar de nacimiento		CALI		Fecha de nacimiento		23/12/1988	Estrato	3
Estado civil	Soltero (a)		Escolaridad	Tecnico	Teléfonos		3113705438		
Departamento	Valle Del Cauca		Municipio	Cali	Dirección		CARRERA 42C # 51-23		
EPS	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S. A								
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			Fondo de Pensiones		COLPENSIONES			

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR	SEDE	NO REFIERE
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	SECCION O AREA	OPERATIVA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	JORNADA DE TRABAJO	DIURNO
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION		

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo
-----------------	--------------------

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	Hábitos de vida saludable Ejercicio aeróbico, alimentación balanceada Reporte oportuno de incidentes y accidentes de trabajo.	
SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada		
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	



IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

LEIDY JOHANNA CORTES MORA

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°1130662666

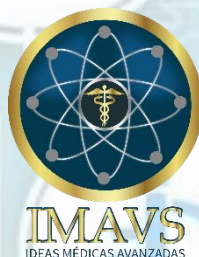
Asistió al curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 19 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Marli Esquivel Zambrano
GERENTE



Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

OFERTA TÉCNICA

Proceso de Contratación Directa No.

Leidy Johanna Cortes Mora, Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, DECLARO que conozco íntegramente el contenido de todas y cada una de las condiciones técnicas detalladas en la solicitud de oferta del presente proceso.

De igual manera, manifiesto haber efectuado un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones contenidas en el ANEXO TÉCNICO, lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonera de ninguna responsabilidad y por lo mismo, me obligo a su irrestricto cumplimiento.

Por lo anterior, me permito detallar mi propuesta técnica en los siguientes términos:

- **Actividades específicas a desarrollar:** El contratista debe adelantar las siguientes actividades para cumplir el objeto contractual:

El AUXILIAR DE ENFERMERÍA debe realizar las siguientes actividades a continuación relacionadas en las **160 horas mínimas mensuales**, de acuerdo con el cuadro de turnos programados y establecidos en atención a las necesidades del ESM. Así

CONSULTA EXTERNA

1. Brindar la información de los servicios prestados por el ESM, conforme a requerimientos del usuario, así mismo dar información sobre las órdenes autorizadas para servicios en la red externa.
2. Preservar y mantener insumos y equipos biomédicos en adecuado funcionamiento y reportar el fallo de estos, a tiempo.
3. Verificar y suministrar papelería en los consultorios.
4. Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en equipos y artículos de los consultorios.
5. Alistar equipos, manejo de material quirúrgico, identificación de instrumental.
6. Realizar oportunamente la solicitud semanal al almacén (el primer día de la semana o a disposición del Almacenista) de los insumos requeridos en los servicios de consulta prioritaria, hospitalización y consultorios.
7. Controlar los insumos de los servicios.
8. Controlar y mantener al día las historias clínicas utilizadas en consulta externa por los profesionales de la salud.
9. Semaforizar los insumos despachados por el almacén.
10. Transcripción órdenes médicas para el proceso autorizador.
11. Tomar electrocardiogramas por consulta externa según el horario indicado.
12. A la hora de terminar rotación por consulta externa el auxiliar deberá entregar con acta firmada por quien entrega, recibe y jefe inmediato sus actividades, con pendientes y novedades si aplica.

ÁREA DE CONSULTA PRIORITARIA, HOSPITALIZACIÓN Y SALAS DE CIRUGÍA:

Debe de realizar las siguientes actividades:

1. Direccionar al usuario en la prestación de los servicios en relación con la comprobación de derechos para uso del SSFFMM con el carné, Custodia, diligenciamiento y organización la historia clínica en el proceso de prestación de servicios según la resolución 1995 de 1999.

2. Aplicar la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud.
3. Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en áreas equipos y artículos.
4. Orientar y educar a los afiliados para el uso de los servicios de salud que requieran.
5. Tomar y realizar el debido proceso para muestras de laboratorio ordenadas.
6. Preparar el entorno para dar cuidado a la persona en alteración de salud según asignación o delegación del profesional.
7. Brindar los cuidados básicos asignados o delegados, de higiene y comodidad.
8. Asistir a la persona en las actividades de movilización según sus limitaciones y equipos requeridos.
9. Asistir a la persona en las actividades de nutrición asignadas o delegadas por el profesional.
10. Apoyar y asistir al usuario en todas las actividades propias y necesidades fisiológicas que durante la estadía en el servicio requiera.
11. Alistar los medicamentos inmunobiológicos según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y los cinco correctos.
12. Aplicar los medicamentos según delegación y de acuerdo con la prescripción médica, la vía, la dosis y la hora prescrita. Vigila la acción farmacéutica y reacciones adversas de los medicamentos e inmunobiológicos administrados de acuerdo con el medicamento y sensibilidad de la persona.
13. Mantener el ambiente de trabajo en condiciones de higiene y seguridad.
14. Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.
15. Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas Técnica.
16. Preparar y apoyar el traslado de la persona del sitio de origen al sitio de destino de la remisión según manual de procedimientos y las necesidades del ESM.
17. Monitorear a las personas durante el traslado según necesidades identificadas y guías vigentes.
18. Entregar a la persona en riesgo de salud al sitio de destino según protocolos.
19. Cuidar integralmente al usuario en condiciones críticas de salud según su estado y de acuerdo con criterios técnico científicos vigentes.
20. Monitorear las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.
21. Asistir a la persona en estado crítico de acuerdo con sus condiciones, según guías de manejo vigentes.
22. Atender integralmente al usuario en la unidad quirúrgica de acuerdo con guías de manejo y protocolos vigentes.
23. Realizar los procedimientos propios como: Monitorización de paciente, paso de sonda naso gástrica y vesical, cateterismo vesical, glucometría, canalización de vena, lavado gástrico, paso de enemas, toma de electrocardiogramas, micronebulización, aseo terminal, realización de material (gasas, algodón), lavado y esterilización instrumental, inyectología, curaciones (manejo de herida limpia y contaminada), toma de signos vitales, habilidades para procedimientos de reanimación cardio-cerebro pulmonar básica, en la entrega de turnos debe realizar la verificación del sello del carro de paro, funcionalidad de los equipos que recibe, inventario y a su vez deberá responder en caso de que alguno de estos últimos se encuentre en mal estado, no funcional o desaparecido, debe verificar la fecha de vencimiento de los insumos.
24. Revisar los cilindros y fuentes de oxígenos en las áreas de consulta prioritaria, hospitalización y cirugías.
25. Verificar todos los equipos en las áreas del ESM que le sean designadas.
26. Rotar por todas las áreas del ESM Consulta prioritaria, Salas de Cirugía, Hospitalización, Consulta externa según sea requerido por necesidades del servicio en la periodicidad que se solicite.
27. Mantener organizada la papelería de cada servicio, revisar diariamente el inventario asignado, diligenciar cada uno de los formatos según el servicio al que este asignado.
28. Realizar seguimiento telefónico a las notificaciones obligatorias bajo la supervisión del enfermero jefe, apoyar charlas e instructivos a los usuarios y empleados del ESM en prevención de enfermedades y promoción de la salud, citación a los pacientes para la

asistencia de los diferentes grupos que tiene implementados en los programas de promoción y prevención. Registrar después de cada procedimiento firma sello en los formatos y en la historia clínica del paciente.

29. Realizar los registros en SALUD.SIS, verificando el correcto diligenciamiento de la historia clínica y cada una de sus partes dentro del archivo electrónico.
30. Realizar selectiva de inventarios para los meses que se requieran.

SERVICIO DE AMBULANCIA:

1. Realizar el inventario de insumos de cada ambulancia, con su debida reposición en caso de faltar, semaforizar los mismos y reportar al jefe inmediato en caso de novedades con las mismas.
2. Verificar el estado de la ambulancia que comprende: aseo, luces exteriores de emergencia y oxígeno medicinal de la ambulancia.
3. En caso de remisión a red externa diligenciar el formato de bitácora en su totalidad y reposar en carpeta designada, esto es de carácter obligatorio con letra clara y legible.
4. Estar atento de la documentación requerida para el correcto traslado y remisión del afiliado a la red externa.
5. Informar antes de salir de la unidad a la torre de control con el fin de dar aviso a la unidad y al ESM 760018302782.
6. Deberá prestar apoyo al servicio de consulta prioritaria en caso de no encontrarse en traslado.
7. Reaccionar inmediatamente en caso de ser requerido o al llamado de los funcionarios del ESM 760018302782.
8. Diligenciar el libro de novedades según sea requerido con letra legible y clara.
9. Mantener en cada traslado el autocuidado del profesional y la seguridad del afiliado.
10. Realizar las desinfecciones del habitáculo del paciente y registrarlas en el formato de desinfección los sábados.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y DETECCIÓN

1. Realizar y ejecutar las actividades relacionadas con el Programa de promoción y detección.
2. Mantener el cumplimiento de las actividades de Inducción a la Demanda, consulta, Información, Educación, Comunicación y Vacunación que se orienten al cumplimiento de las metas mensuales.

c). OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

- Asumir todos los costos que por concepto de elaboración de fichero para ingreso a la EMAVI-ESM y estudio de seguridad, se generen.
- **FACTURACIÓN:** Entregar las facturas (o cuentas de cobro) originales y dos copias al supervisor del contrato el día 28 de cada mes, si dicha fecha corresponde a sábado, domingo o lunes festivo, se entregará el viernes anterior al 28 adjuntando los siguientes documentos: fotocopias del último recibo de pago al Sistema General de Seguridad Social: salud, pensiones y Riesgos Profesionales, los cuales son de obligatorio cumplimiento para el pago. Estos documentos se entregarán al supervisor del contrato para la realización del acta de recibo a satisfacción y el informe de supervisión correspondientes a cada mes.
- Velar por el buen uso y cuidado de los equipos y elementos utilizados durante la prestación de sus servicios.
- Cumplir con todos los procedimientos administrativos y asistenciales para los que fue contratado. Las actividades de capacitación y reuniones mensuales serán clasificadas como de obligatoria asistencia, en razón a que las mismas responden a la preparación que debe tener el

contratista para el desarrollo del objeto del presente contrato, las cuales se entenderán que hacen parte de las horas contratadas.

- Si el contratista no cuenta con capacitación de Toma de muestras, una vez firme el acta de inicio del contrato se compromete a realizar dicho curso por su cuenta durante el término de 60 días calendario, y entregar la certificación de este, al supervisor del contrato para su verificación de que se efectuó o se está realizando el curso
- La atención al paciente debe estar enmarcada en parámetros de calidad, amabilidad, respeto y confidencialidad por parte del contratista.
- Manejar absoluta reserva de la información que se obtenga por medio de este contrato y de los diagnósticos de los pacientes.
- NO suministrar información relativa a los servicios que presta al ESM, así como de las instalaciones de las fuerzas militares de la República de Colombia que conozca o llegare a conocer durante el desarrollo del presente contrato, en caso de incurrir en esta conducta, será sancionado de acuerdo con las normas del código Penal Colombiano a que haya lugar.
- Realizar el cargue de la cuenta de cobro y planilla de parafiscales en SECOP 2.

Leidy cortes

Nombre: Leidy Johanna Cortes Mora

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Documento de Identidad: 1.130.662.666

OFERTA ECONÓMICA

Proceso de Contratación Directa No.

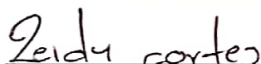
Leidy Johanna Cortes Mora, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, manifiesto que el valor total de la propuesta es por la suma de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS (\$ 12.486.240), el cual incluye todos los gastos e impuestos a que haya lugar.

Dicho valor obedece a los siguientes conceptos, en los cuales se relacionan todos los costos, gastos y valores que conforman el objeto contractual a realizar:

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR	TOTAL PROPUESTA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA LAS ÁREAS DE CONSULTA PRIORIZARÍA, HOSPITALIZACIÓN, AMBULANCIA, CONSULTA EXTERNA, SALAS DE CIRUGÍA Y PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 02782 DE LA BASE AÉREA MARCO FIDEL SUAREZ.	\$ 12.486.240

(*) Al momento del pago, el Departamento Financiero realizará las retenciones a que haya lugar.

Atentamente,



Nombre: Leidy Johanna Cortes Mora

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Documento de Identidad: 1.130.662.666



NIT 900.406.150-5

OFICINA Oficina Unicentro - Cali

CERTIFICA QUE:

El cliente CORTES MORA LEIDY JOHANNA, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1130662666 de CALI (VALLE DEL CAUCA), tiene vínculos financieros con nuestra entidad a través del producto Cuenta de Nomina A No.010703549981, con apertura el día 2014/06/09 la cual se encuentra activa a la fecha y presenta un buen manejo.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 05 de mes de Enero del año 2023.

Atentamente,

Colaborador Bancoomeva

Usuario:ACPZ7003



Ciudad	FECHA
CALI	20 DE ABRIL DE 2021

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista)
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	Fotocopia de la Cédula de extranjería, licencia o otro documento que acredite al extranjero
CONSORCIO O UNION TEMPORAL	
Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.	
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	
Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Nombre o Razon Social: SC LEIDY JOHANNA CORTEZ MOYA

Tipo documento de Identificación:

Cédula de Ciudadanía	☒	1130662666
Cédula de Extranjería	☐	No
Nit Persona Jurídica	☐	No
Nit Persona Natural	☐	No
Pasaporte	☐	No
Registro Civil	☐	No
Tarjeta de Identidad	☐	No
Otro Tipo Documento	☐	No

Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima	☐	Cooperativa	☐	Empresa Ind. Y Cial del Estado	☐
Sociedad Colectiva	☐	Empresa Unipersonal	☐	Asociaciones Mutualistas	☐
Sociedad Comandita por Acciones	☐	Empresa Comunitaria	☐	Fondos de Empleados	☐
Sociedad Comandita Simple	☐	Empresa de Servicio	☐	Instituto de Economía Solidaria	☐
Sociedad de Economía Mixta	☐	Entidad Pública	☐	Precooperativa	☐
Sociedad de Hecho	☐	Empresa Solidaria de Salud	☐		
Sociedad Limitada	☐	Entidad sin Animo de Lucro	☐		
Sociedad Susursal Extranjera	☐	Federación o Confederación	☐		
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)	☐	Cooperativa de trabajo asociado	☐		

TIPO DE CAPITAL

PRIVADO ☐ ENTIDAD EN PROCESO ☐ SI ☐



CIUDAD

CALI

FECHA

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte al extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Tipo documento de Identificación:

Cédula de Ciudadanía:

☒

1130662666

Cédula de Extranjería:

☐

No.

Nit Persona Jurídica:

☐

No.

Nit Persona Natural:

☐

No.

Pasaporte:

☐

No.

Registro Civil:

☐

No.

Tarjeta de Identidad:

☐

No.

Otro Tipo Documento:

☐

No.

Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima

☐

Cooperativa

☐

Empresa Ind. Y
Cial del Estado

☐

Sociedad Colectiva

☐

Empresa Unipersonal

☐

Asociaciones
Mutualistas

☐

Sociedad Comandita por Acciones

☐

Empresa Comunitaria

☐

Fondos de
Empleados

☐

Sociedad Comandita Simple

☐

Empresa de Servicio

☐

Instituto de
Economía
Solidaria

☐

Sociedad de Economía Mixta

☐

Entidad Pública

☐

Precooperativa

☐

Sociedad de Hecho

☐

Empresa Solidaria de
Salud

☐

Sociedad Limitada

☐

Entidad sin Animo de
Lucro

☐

Sociedad Sucursal Extranjera

Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)

Federación
Confederación
Cooperativa de trabajo asociado

TIPO DE CAPITAL

PRIVADO
PUBLICO
MIXTO

ENTIDAD EN PROCESO
LIQUIDATORIO

SI

NO

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO

PUBLICO
PRIVADO
TOTAL

%
%
%

IV. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA

RENTA

RETENCION EN LA FUENTE RENTA

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA

REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL

INFORMACION EXOGENA

REGIMEN COMUN

REGIMEN ORDINARIO

ENTIDAD DEL ESTADO

AUTORRETENEDOR

SI

IMPUESTO TIMBRE

RETENCION EN LA FUENTE ICA

GRAN CONTRIBUYENTE

RETENCION EN LA FUENTE IVA

NO CONTRIBUYENTE

PROFESIONAL INDEPENDIENTE

NO RESPONSABLE

RESPONSABLE

NO

V. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION

DIRECCION PROCESAL

DOMICILIO CONTRACTUAL

Dirección

E-mail

País

Ciudad

Localización

Página Web

Designación del
contacto

Apartado Aéreo

DOMICILIO CIVIL

DOMICILIO FISCAL

RESIDENCIA

☒

☐

☐

Teléfono

Fax

Región

311 370 54 38

VI. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

Revisor Fiscal

Albaceas

representante legal de personas

Jurídicas

Donatarios o Asignatarios

Otros

Tutores y Curadores por los Incapaces

Mandatarios o Apoderados Generales

Padres por su hijos menores

Nombre Representante Legal:

Tipo doc. Identificación

No. Doc. Identificación

VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

Entidad Financiera

Bancolombia

Número de Cuenta

010703549981

Tipo de la cuenta bancaria

Corriente

Ahorro

☒

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

DIAN Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001
		2 Concepto: 01 Inscripción 4 Número de formulario: 14103397858 		
1 Número de identificación Tributaria (NIT): 1 1 3 0 6 6 2 6 6 6 - 8		6 DV: 12 Dirección seccional 14 Buzón electrónico: 5		
IDENTIFICACION				
24 Tipo de contribuyente: Persona natural e sucesión líquida		25 Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		26 Número de identificación: 1 1 3 0 6 6 2 6 6 6
27 Fecha expedición: 2 0 0 7 0 3 0 2				
28 País: COLOMBIA		29 Departamento: Valle del Cauca		30 Códigos municipio: 0 0 1
31 Primer apellido: CORTES		32 Segundo apellido: MORA		33 Primer nombre: LEIDY
34 Otros nombres: JOHANNA				
35 Razón social:				
36 Nombre comercial:				
37 Sigla:				
UBICACION				
38 País: COLOMBIA		39 Departamento: Valle del Cauca		40 Ciudad/Municipio: 0 0 1
41 Dirección: C. 42 41 41 BRR ANTONIO NARIÑO				
42 Correo electrónico:		43 Afectado al IVA:		
		44 Teléfono 1: 4 0 2 4 9 5 6		
		45 Teléfono 2:		
CLASIFICACION				
Actividad económica				
Actividad principal: 46 Código: 8 5 1 5		Actividad secundaria: 47 Fecha inicio actividad:		48 Código:
49 Fecha fin actividad:		50 Otras actividades: 50 Código: 1 2		51 Código: 5 1 3 2
52 Número establecimientos:				
Responsabilidades				
53 Código: 2 0				
20- Opción NIT:				
Usuarios máximos				
54 Código:				
Expositores				
55 Forma:				
56 Tipo:				
57 Servicio:				
58 Modo:				
59 CPC:				
Para uso exclusivo de la DIAN				
60 Asentado: SI ☒ NO ☐		61 No. de Folios: 2		62 Fecha: 2 0 0 9 0 4 1 3
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y se compromete a proporcionar veracidad a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 15 Decreto 2785 del 31 de Agosto de 2004.				
Firma del contribuyente: <i>Leidy Johanna Cortés Mora</i>				
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:				
63 Nombre: CAICEDO LOZANO JULIO CESAR				
64 Cargo: Analista III				

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Santiago de Cali,

Señores
MDN-FAC-DGSM-EMAVI-ESM
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Contratación Directa No.

Yo, Leidy Johanna Cortes Mora, Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, manifiesto que:

- 1 Apoyo la acción del Estado colombiano y del MINISTERIO para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
- 2 Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no estoy en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de mi capacidad jurídica para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación previamente referido.
- 3 Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, cohechos o cualquier forma de halago, retribución o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.
- 4 Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
- 5 Me comprometo a revelar la información que sobre este Proceso de Contratación me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
- 6 Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento

Leidy cortes
Nombre: Leidy Johanna Cortes Mora
Cargo: Auxiliar de Enfermería
Documento de Identidad: 1.130.662.666

CERTIFICACIÓN DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Santiago de Cali,

Proceso de Contratación Directa No.

El(la) suscrito(a), Leidy Johanna Cortes Mora actuando en mi propio nombre, con la presente hago constar que para la fecha de entrega del presente documento, me encuentro al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral por los últimos seis (06) meses, para lo cual anexo el respectivo soporte en constancia de cumplimiento a las disposiciones legales que me comprometen como proponente en el referido proceso de contratación, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo y en el párrafo 1º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, así como en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Clase de Persona	Marcar con X según aplique
Persona jurídica	
Persona natural empleadora	
Persona natural no empleadora	X
Persona natural que nunca ha contratado con el Estado	
Persona natural que nunca ha estado afiliada al SSSI	
Persona natural con asignación de retiro	

Proponente	SI	NO
Me encuentro exento(a) de realizar los aportes al SENA y al ICBF	X	

Leidy Cortes

Nombre: Leidy Johanna Cortes Mora

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Documento de Identidad: 1.130.662.666



RAZON SOCIAL :	LEIDY JOHANNA CORTES MORA
IDENTIFICACION:	CC-1130662666
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-11-24
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-12-16
FECHA DE PAGO:	2022-11-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2022-11
PERIODO SALUD:	2022-11
NUMERO PLANILLA:	8621649904
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8611361637
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 125.000	\$ 125.000
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 160.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 24.400	\$ 24.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 309.400	\$ 309.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/01/2023
----------------------------------	------------

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

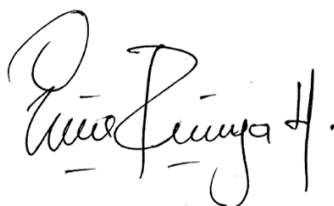
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de enero de 2023, a las 13:26:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1130662666
Código de Verificación	1130662666230102132613

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.



GINA CATHERINE AMAYA HUERTAS
Contralora Delegada (e)



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, 02/01/2023 01:27:44 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1130662666** .

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. **49753711** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Información

515 9000



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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:26:56 PM horas del 02/01/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1130662666**

Apellidos y Nombres: **CORTES MORA LEIDY JOHANNA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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





Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



COMPROMISO ANTISOBORNO

El Ministerio de Defensa Nacional, ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Leidy Johanna Cortes Mora mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1130662666, expedida en _____, en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato _____ Representante legal _____ Empresa _____ NIT: _____ Proceso de Selección No. _____. De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

1. Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.
2. Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dádivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.
3. Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.
4. Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.
5. Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.
6. Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.
7. Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.
8. Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.
10. Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

"ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS"

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159600 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

- 11 Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.
- 12 Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.
- ✓ Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co
antisoborno@mindefensa.gov.co
 - ✓ Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
 - ✓ Buzones físicos en punto de atención presencial.
 - ✓ APP: Mindefensa.
 - ✓ Sede electrónica: <https://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home>
- 13 Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.
- 14 Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.
- 15 Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.
- 16 Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Santiago de Cali; a los _____ (____) días del mes de _____ del año 20____ con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

Zeidy Cortes

FIRMA

C.C. 1130662666

"ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS"

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN CONTRATACIÓN DIRECTA CUYO OBJETO ES LA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA LAS ÁREAS DE CONSULTA PRIORITARIA, HOSPITALIZACIÓN, AMBULANCIA, CONSULTA EXTERNA, SALAS DE CIRUGÍA Y PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 02782 DE LA BASE AÉREA MARCO FIDEL SUAREZ

Ante la opinión pública nacional e internacional, YO Ledy Johanna Cortes Moya, identificado con cédula de ciudadanía No. 1130662666 en calidad de proponente, o representante legal o apoderado de _____ identificado con NIT _____, proponente que participará en el proceso de _____ para contratar la

_____, suscribo el presente **PACTO DE INTEGRIDAD**, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la Ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN. con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de estos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES, PROVEEDORES y pactados con el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

"ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS"

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

Dentro de este marco, el(los) firmante(s) adquiere(n) los siguientes compromisos, de acuerdo con las leyes colombianas:

1. El proponente participante y el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso. A las empresas les complace confirmar que:
 - a) No ha ofrecido o concedido, ni ha intentado ofrecer o conceder y no ofrecerá ni concederá, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEREA COLOMBIANA. ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia.
 - b) No ha coludido y no coludirá con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El(los) proponente(s) comprende(n) la importancia material de estos compromisos para el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN** y la seriedad de los mismos.
2. El proponente participante desarrolla sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se compromete a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de **NO SOBORNO** sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.
3. Este compromiso se presenta en nombre y de parte de los Presidentes y/o Gerentes Generales del proponente participante. Quienes participan en consorcio o unión temporal suscriben este Pacto en nombre y de parte de cada uno de los Presidentes y/o Gerentes Generales de las empresas asociadas.
4. Las proponentes internacionales que participan en este proceso de contratación, asumen este compromiso en nombre y de parte del Presidente y/o Gerente General de la casa matriz de la compañía y este compromiso cubre a los gerentes y empleados de la subsidiaria en Colombia, cuando esta existiese.
5. Con respecto a la presentación de las propuestas, el proponente se compromete a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de entregar los bienes y/o prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el pliego.
6. Con respecto a los pagos relacionados con el negocio, el proponente participante acuerda:
 - a) Los pagos a agentes y otros terceros estarán limitados a una compensación razonable por servicios claramente asociados al negocio.
 - b) En el caso de presentarse una queja sobre incumplimiento calificados para tal efecto por el Árbitro establecido en el numeral 7 de este documento, el proponente involucrado o el participante adjudicatario se comprometen a poner a disposición del Árbitro si así lo exigiere, toda la información sobre pagos efectuados a terceros relacionados con la preparación de la propuesta y/o con el contrato y sobre beneficiarios de los mismos, y toda la documentación relacionada con el contrato. En caso de tratarse de información que puede considerarse reservada, el árbitro deberá comprometerse a respetar dicha reserva.

"ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS"

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

- c) Al finalizar la ejecución del contrato, el representante legal del proponente adjudicatario certificará formalmente que no se han pagado sobornos u otras comisiones ilícitas con el fin de obtener o retener el contrato. El estado final de cuentas incluirá breves detalles de los bienes y servicios suministrados que sean suficientes para establecer la legitimidad de los pagos efectuados.
7. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en las Leyes 446 de 1998 y 1564 de 2012 o aquellas que las modifiquen, complementen o sustituyan.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

8. Si un proponente incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:
- a) Si el proponente que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.
 - b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.
 - c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
 - d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.
 - e) Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el proponente favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

"ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS"

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

9. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.
10. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.
11. El proponente declara públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se compromete a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.
12. El proponente participante acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.
13. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El proponente participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tenga conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Santiago de Cali, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

Leidy Johanna Cortes Mora Zeidy Cortes

Nombre y firma PROPONENTE, PROVEEDOR O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DEL PROPONENTE

"ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS"

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad y fecha

Señores
MDN-FAC-EMAVI
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Contratación de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión.

(Leidy Johanna Cortes Moya), identificado(a) como aparece al pie de mi firma, presento oferta para el proceso de contratación de la referencia, haciendo las siguientes manifestaciones:

1. Conozco y acepto los documentos del proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí del MINISTERIO respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Tengo plena capacidad para suscribir y presentar la oferta como Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato en caso de resultar adjudicatario.
3. La oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas de la solicitud de oferta.
4. La oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación, han sido elaboradas de acuerdo con la solicitud de oferta y hacen parte integral de la oferta.
5. Los documentos que presento con la oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
6. La oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones causados con ocasión de la misma y los que se causen con ocasión de la suscripción y ejecución del contrato, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.
7. En caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma.
8. En caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en la solicitud de oferta.
9. Manifiesto que me encuentro a paz y salvo con las obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
10. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.
11. Acepto que los actos que se produzcan con ocasión del presente proceso de contratación me sean notificados al correo electrónico que más adelante indico.
12. Recibiré notificaciones en los siguientes puntos de contacto:

Nombre: Leidy Johanna Cortes Moya
Documento de Identidad: ... 1130662666
Correo electrónico leidy-jmoya@hotmail.com
Dirección cra 42ª #51-23
teléfono 311 370 54 38

CUMPLIMIENTO DIRECTIVA PRESIDENCIAL

Ciudad y fecha

Señores
MDN-FAC-EMAVI
Cali - Valle del Cauca,

Proceso de Contratación de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión.

(Nombre), Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, manifiesto no tengo ni proyecto suscribir contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión con otras entidades, lo que inequívocamente declaro y por lo mismo me obligo a su irrestricto cumplimiento de la directiva presidencial No. 008 del 17 de septiembre de 2022.

Nombre: ... Leidy Johanna Cortes Moya
Documento de Identidad: ... 1130662666