



FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Salas		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cardenas		NOMBRES Leydi Johanna	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033807654		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAIS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES 06 AÑO 1998		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 63F 76 78			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ, D.C.	
DEPTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			
MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		TELÉFONO 3224644801		EMAIL johannasalas98@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	08	AÑO	2019

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

4

IDIOMAS

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

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

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

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 MILITAR CENTRAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	19	Mes	10	Año	2021	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA DE CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 3C 49 1			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CUSHMAN & WAKEFIELD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	03	Mes	01	Año	2019	Día	24	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL 401252 - ANALISTA I			DEPENDENCIA RESEARCH ANALYST					DIRECCIÓN CALLE 98 41 9 A			

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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

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	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

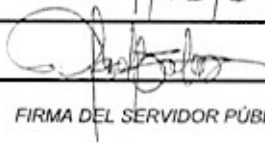
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá, D.C. 09/12/2024.



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

**LA SUSCRITA JEFE DE UNIDAD DE SEGURIDAD Y DEFENSA
UNIDAD DE COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

HACE CONSTAR:

Que la señora **LEIDY JOHANNA SALAS CARDENAS**, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.033.807.654 de Bogotá, presta sus servicios como Auxiliar de Gestión en este Hospital, bajo la modalidad de **Contrato de Prestación de Servicios**, en las fechas relacionadas a continuación:

Contrato No. UNTH-0850-2021 del 19 de octubre de 2021 al 31 de diciembre de 2021.
Contrato No. UNTH-1645-2022 del 19 de enero de 2022 al 31 de octubre de 2022.
Contrato No. UNTH- 2430-2022 del 1° de noviembre de 2022 al 31 de octubre de 2023.

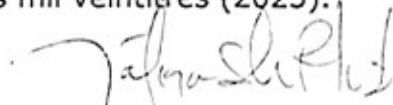
Que la señora **LEIDY JOHANNA SALAS CARDENAS**, realiza las siguientes actividades según su objeto contractual:

1. Informar y retroalimentar a los pacientes y familiares que acuden al Servicio de Consulta Externa sobre número de consultorio, hora, médico que brindara la atención, sitio de espera.
2. Reportar en cuadro de Excel el personal que asiste a consulta por cada área o recibo designado.
3. Informar al paciente y/o acompañante los trámites administrativos que debe seguir para el agendamiento de controles, CTC, exámenes de manera ambulatoria.
4. Mantener comunicación con el especialista, el paciente y su acompañante y el servicio de enfermería, con el fin de tramitar y/o brindar información pertinente sobre los servicios y/o procedimientos requeridos para la atención de los usuarios.
5. Generar alarma a los médicos y enfermería de los pacientes que presentan prioridad (adulto mayor, mujer en embarazo, persona en condición de discapacidad).
6. Reportar oportunamente el trámite administrativo en caso de daños de infraestructura al servicio de mantenimiento.
7. Reportar oportunamente los daños de servicio de informática y equipo biomédico en cada recibo y/o área asignada.
8. Socializar los deberes y derechos de los pacientes y acompañantes, presentar el respectivo soporte.
9. Presentar el brochure de bienvenida a los pacientes al momento del ingreso.
10. Identificar la ruta de evacuación y llamado de emergencia con el fin de orientar a los pacientes y/o acompañantes que están en el servicio de consulta externa.
11. Realizar reporte oportuno del daño de silla de ruedas de tránsito en consulta externa.


12. Mantener organizados los recibos, no permitiendo desorden ni alimentos a sus alrededores.
13. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de las Fuerzas Militares, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.
14. Realizar la encuesta de sintomático respiratorio a los acompañantes que ingresan a la institución, previa verificación del buen uso de elementos de protección personal, de acuerdo con la contingencia COVID en las instituciones de salud.
15. Cumplir con las normas institucionales referentes a: Puntualidad, saludo institucional, uso del uniforme, zapato cerrado, identificación visible, cabello recogido, uñas cortas, no pircing visible, en caso de tatuajes deben permanecer cubierto.
16. Mantener disponibilidad para la asignación en las diferentes jornadas y servicios, que por necesidades del Hospital sean requeridas, para garantizar una atención oportuna en el servicio de consulta externa.
17. Apoyar las emergencias sanitarias declaradas por el Gobierno Nacional, de acuerdo a la normatividad vigente, teniendo en cuenta la idoneidad, experiencia y las necesidades institucionales.
18. Cumplir requisitos, normas y procedimientos establecidos por el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Militar Central.
19. Procurar el cuidado de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
20. Hacer buen uso de los elementos de protección personal necesarios para la actividad contratada.
21. Mantener una actitud proactiva en el ejercicio diario de su profesión.
22. Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para el personal de la Entidad, como para la comunidad y el medio ambiente.
23. Promover en el grupo, la cultura de valores y principios de la institución.
24. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, naturaleza y el área de desempeño del contrato.

Que la señora **LEIDY JOHANNA SALAS CARDENAS**, recibe por este concepto, la suma mensual de UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$1.400.000) M/CTE.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de agosto de dos mil veintitrés (2023).



Doctora **NELLY TATIANA SILVA PULIDO**
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos

Elaboró:  **Clara F. Muñoz P.**
Auxiliar de Gestión

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDY	JOHANNA	SALAS	CARDENAS

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$23.550.440,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$23.550.440,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ELENA CASTRO	ARRIENDO DOMICILIO	\$ 700.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

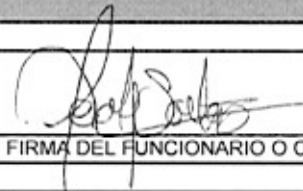
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAF

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.033.807.654**

SALAS CARDENAS

APELLIDOS

LEYDI JOHANNA

NOMBRES

Leydi Salas Cardenas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **O+**

ESTATURA G. S. RH

F

SEXO

24-JUN-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00841547-F-1033807654-20160729

0050557702A 1

46522088



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:23:56 PM horas del 09/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1033807654

Apellidos y Nombres: **SALAS CARDENAS LEYDI 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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/12/2024 05:37:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1033807654** .

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. **106406821** . 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




Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112


515 9000



Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de identificación:
 
 Número identificación:

 ¿Cuanto es 5 + 3 ? 

Datos del ciudadano

Señor(a) LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1033807654.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

Fecha de consulta: lunes, diciembre 09, 2024 - Hora de consulta: 17:31:55



OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación



Sede principal
 Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia
 Código Postal: 11032
 Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua
 Teléfono comutador: +57 601 587 8750
 Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
 Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
 Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx>

[RADIOQUE AQUÍ CONCILIACIONES ADMINISTRATIVAS](#)

 [Twitter](#)

 [Instagram](#)

 [Facebook](#)

[Mapa del sitio](#)

[Políticas de protección de datos](#)

[Políticas](#)



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 09 de diciembre de 2024, a las 17:36:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033807654
Código de Verificación	1033807654241209173611

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



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

Colegio Venecia

Institución Educativa Distrital

AutORIZADO por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C. según Reconocimiento
 Oficial de Integridad Resolución No. 059 del 08 de Febrero de 2002
 No. 860.532.363-1 D.P.N.C. 111001010251

Confiere a:

Salas Cárdenas Leydi Johanna

Identificado (a) con C. C. No. 1033807654 de Bogotá D. C.

El Título de:

Bachiller Académico

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

Alvaro Henry Corredor Rojas

C. C. No. 19.413.662 de Bogotá

Rector

Yanneth Macías Vargas

C. C. No. 51.903.767 de Bogotá

Secretaria Académica

Registro Interno

Anotado al Libro No. 04 del Tomo No. 150 Folio No. 75

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

Este Diploma no requiere ser registrado en la secretaria de educación

De conformidad con el decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1033807654

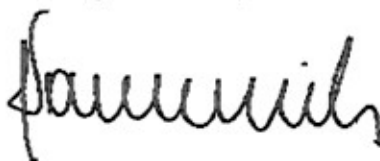
*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

Título de

**TECNÓLOGO EN
GESTIÓN DE MERCADOS**

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Título en Bogotá.
a los dieciseis (16) días del mes de enero de dos mil veinte (2020)*

Firmado Digitalmente por



SONIA ENCISO MOSQUERA

Subdirectora CENTRO DE MANUFACTURA EN TEXTILES Y CUERO
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

47776061 - 16/01/2020

No y FECHA REGISTRO

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033807654, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240122	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Diciembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26996477

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.807.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

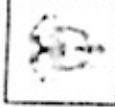


Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



La salud
es de todos

Mi

Certifica

Nombres

LEYDI JOY

Apellidos

SALAS CA

Documento
de identidad

C.C. X T.

Pas

No

1033

Fecha de
nacimiento

Día 19

M

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
COVID-19	1	17-08 2021	Astrazeneca 1 Dosis	Nj0168 FU-10 2021	Compensar Corferias	Yaneth Bohórquez
	2	18 DIC 2021	Astrazeneca	NN 0224	Home Salud	Yulietti Lor Montealegre Auxiliar Enferm C.C. 10075194

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CONNECTA

DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017424612 - 6017428691

EMAIL: citas.connecta@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2023-09-02

Nombres y apellidos: LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS CC: 1033807654
Fecha de nacimiento: 19/06/1998 Edad: 25 Sexo: FEMENINO
Empresa: PARTICULAR Fecha ingreso: 2023-09-02 / 10:47:17
Empresa usuaria: Fecha salida: 0001-01-01 / 12:00:00
Cargo: ADMINISTRATIVO



EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

CONTROLES OPTOMETRICOS ANUALES

INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA:

CONDICIÓN VISUAL:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Resolución 217 de 2014. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo
Dirección General de Salud Ocupacional
Responsable de SST: *[Firma]*
Fecha: 13-01-25

JUDITH MARIA CHICO GARRIDO
RM: 45554372
Firma y sello del médico

LEYDI JOHANNA SALAS
CARDENAS
CC: 1033807654
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Ibagué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motaña - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio





Viviana Fidalgo Garcia
OPTOMETRA

T.P. No 52961027
Cra 9 No 18-51 local 306 A TELEFONO 320 769 81 70 BOGOTA

FECHA: 11/01/2025

APellidos x Nombres

SALAS CARDENAS LEIDY JOHANA

TIPO DOCUMENTO Y No

CC 1033807654

Tipo Paciente: Particular
Consecutivo Paciente No 35267

ESF.	CIL.	EJE	ADD	AVL	AVP	DNP
OD N	-200	20		20/20-	050M	
OI N	-100	0		20/20-	050M	63

DIAGNOSTICO ASTIGMATISMO

TIPO DE LENTE ALTO INDICE

FILTRO AR

USO: PERMANENTE

NUOVO CONTROL 12 MESES

VIAGENCIA 3 MESES

OBSERVACIONES CONTROL 6 MESES POST-PARTO

13-01-25
 Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo
 Director General de Seguridad y Salud en el Trabajo
 Responsable de SST
 Fecha

Firma y sello Profesional

Viviana Fidalgo Garcia
Optometra
Universidad de la Salle
T.P. 52.961.027

Cons. No 40017

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14786950348



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 3 8 0 7 6 5 4

6. DV

2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 3 8 0 7 6 5 4

27. Fecha expedición

2 0 1 6, 0 6, 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SALAS

32. Segundo apellido

CARDENAS

33. Primer nombre

LEYDI

34. Otros nombres

JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 67 SUR 63 64

42. Correo electrónico

johannasalas98@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 6 1 1

44. Teléfono 1

3 2 2 4 6 4 4 8 0 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad
8 2 1 1 | 2 0 2 1, 0 9, 1 6

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 | 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2021 - 09 - 16 / 20 : 32: 11

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SALAS CARDENAS LEYDI JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
República de Colombia

FORMATO

Detos Básicos Creación Beneficiario
Cuenta SIF Nación

Página 1 de 2

Código : 40.4 - PFMDSGDF - F022 - 04

Vigente a partir de: 10 NOV 2017

CIUDAD: BOGOTÁ D.C.

FECHA: 9 DE ENERO DE 2025

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

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
Fotocopia Registro Único 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 Único Tributario (RUT)
Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) (si es contratista).
Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el 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 o consorcios y uniones temporales, 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.

II. INFORMACION BASICA

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

DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Ledy Johanna Salas Cardenas

Tipo documento de Identificación:

Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. <u>1.033.807.654</u>
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. _____

Cuál:

III. 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:

IV. DATOS INFORMACION GENERAL			
TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL			
Sociedad Anónima	<input type="checkbox"/>	Cooperativa	<input type="checkbox"/>
Sociedad Colectiva	<input type="checkbox"/>	Empresa Unipersonal	<input type="checkbox"/>
Sociedad Comandita por Acciones	<input type="checkbox"/>	Empresa Comunitaria	<input type="checkbox"/>
Sociedad Comandita Simple	<input type="checkbox"/>	Empresa de Servicio	<input type="checkbox"/>
Sociedad de Economía Mixta	<input type="checkbox"/>	Entidad Pública	<input type="checkbox"/>
Sociedad de Hecho	<input type="checkbox"/>	Empresa Solidaria de Salud	<input type="checkbox"/>
Sociedad Limitada	<input type="checkbox"/>	Entidad sin Ánimo de Lucro	<input type="checkbox"/>
Sociedad Sucursal Extranjera	<input type="checkbox"/>	Federación o Confederación	<input type="checkbox"/>
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)	<input type="checkbox"/>	Cooperativa de trabajo asociado	<input type="checkbox"/>
		Empresa Ind. Y Cial del Estado	<input type="checkbox"/>
		Asociaciones Mutualistas	<input type="checkbox"/>
		Fondos de Empleados	<input type="checkbox"/>
		Instituto de Economía Solidaria	<input type="checkbox"/>
		Precooperativa	<input type="checkbox"/>
TIPO DE CAPITAL	PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO <input type="text"/> PRIVADO <input type="text"/> TOTAL <input type="text"/>	% <input type="text"/> % <input type="text"/> % <input type="text"/>	

V. INFORMACION TRIBUTARIA				
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA				
ICA	<input type="checkbox"/>	IMPUESTO TIMBRE	<input type="checkbox"/>	
RENTA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE ICA	<input type="checkbox"/>	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE IVA	<input type="checkbox"/>	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>			
INFORMACION EXOGENA	<input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>	
REGIMEN COMUN	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	
REGIMEN ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>	
ENTIDAD DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>	
AUTORRETENEDOR	SI <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>	
VI. UBICACIÓN				
TIPO DE DIRECCION	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/>	
DIRECCION PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>	
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>	
Dirección	CARRERA 5ª # 1-20		Teléfono	322 464 48 01
E-mail	johannasalas98@gmail.com		Fax
País	COLOMBIA		Región	CUNDINAMARCA

Ciudad	BOGOTA	
Localización	Nacional <input checked="" type="checkbox"/>	Extranjera <input type="checkbox"/>
Página Web	
Designación del contacto	Contacto <input type="text"/>
Apartado Aéreo	E-mail del contacto <input type="text"/>

VII. REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL			
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Tutores y Curadores por los Incapaces	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	Mandatarios o Apoderados Generales	<input type="checkbox"/>
Representante legal de Personas Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Padres por sus hijos menores	<input type="checkbox"/>
Donatarios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	<input type="text"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Tipo doc. Identificación	<input type="text"/>
		No. Doc. Identificación	<input type="text"/>

VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Entidad Financiera	BANCOLOMBIA	Número de Cuenta	91225686250
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro	<input checked="" type="checkbox"/>



 NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIF-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.

NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 01/01/2013

YO LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1.033.807.654, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL /DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**, por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:


- a) Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- b) Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.
- c) No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**; adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

C.C. 1.033.807.654

CONTRATISTA

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	
	Version: 1.0	Fecha: 20/02/2015

El(los) suscrito(s) a saber LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS, domiciliado en BOGOTÁ D.C, identificado(s) con CC 1.033.807.654 de BOGOTÁ D.C respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL X o JURIDICA, que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGA ADMINISTRATIVO PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL PARA EJERCER APOYO A LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se registrá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscare financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de BOGOTÁ D.C a los 14 días del mes de enero de 2025



C.C. 1.033.807.654



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

SOLICITUD DE OFERTA

Versión: 2.0

Fecha: 18/03/2022

Página 1 de 2

FORMULARIO "A"

Bogotá, 14 enero de 2025

Señores

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
Ciudad

Estimados Señores:

De acuerdo con las condiciones que se estipulan en la presente Solicitud de Oferta, presento la siguiente oferta de acuerdo con las especificaciones técnicas descritas en la misma, para desarrollar el siguiente:

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGA ADMINISTRATIVO PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL PARA EJERCER APOYO A LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

PLAZO: A PARTIR DEL 14 DE ENERO HASTA EL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

VALOR PROPUESTA ECONÓMICA: DIECISÉIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRÉS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 16.623.840.00 M/CTE).

FORMA DE PAGO: VALOR DEL CONTRATO POR VALOR DE DIECISÉIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRÉS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 16.623.840.00 M/CTE) EN PAGOS MENSUALES, DE LA SIGUIENTE MANERA:

-Un primer pago comprendido del 14 al 31 de enero de 2025 por valor UN MILLÓN DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 1.246.788,00 M/CTE)

-Siete mensualidades por valor de DOS MILLONES SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (\$2.077.980 M/CTE)


- Un último pago del 01 al 12 de septiembre por un valor de OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 831.192,00 M/CTE)

LOS CUALES SE REALIZARÁN DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O SUMINISTRO OBJETO DEL CONTRATO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA, ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CUMPLIMIENTO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A QUE HAYA LUGAR, EXPEDICIÓN DE LA OBLIGACIÓN, ORDEN DE PAGO DEL SIIF Y UNA VEZ SE ENCUENTRE APROBADO EL PROGRAMADO ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA "PAC".

En mi calidad de proponente declaro:

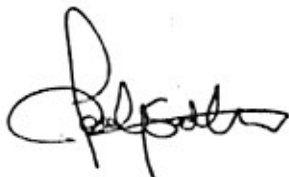


REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	SOLICITUD DE OFERTA		
	Versión: 2.0	Fecha: 18/03/2022	Página 2 de 2

- a. Que conozco el contenido de la **solicitud de oferta**, que he estudiado cuidadosamente los documentos del mismo, incluido sus adendas y aclaraciones, acogiéndome y aceptando las condiciones plasmadas en él, no existiendo en nuestra parte observación alguna.
- b. Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información presentada en mi propuesta, es veraz y susceptible de comprobación.
- c. Con la firma de la presente carta, manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución, Ley 80 de 1993, y demás normas que la adicionen o complementen.
- d. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrar en caso de adjudicación, solo me comprometen como persona natural.
- e. En la eventualidad que me sea adjudicado el presente proceso, me comprometo a suscribir el correspondiente contrato, dentro del plazo fijado por la DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL.
- f. Ofrezco mis servicios como TECNOLOGA ADMINISTRATIVA teniendo en cuenta que cumplo con los estudios y experiencia requerida para este proceso.

Atentamente,



NOMBRE LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS

CC. No. 1.033.807.654

Dirección CRA 5º #01 20

Cel 3224644801

Email: Johannasalas98@gmail.com



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN