	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Versión: 9.0	**Fecha: 02/06/2026**	**Página**: 1 de 2

NOMBRE COMPLETO: Lizeth Tatiana Cardenas Huertas

IDENTIFICACIÓN: 1.012.415.829.

OBJETO CONTRATO: Auxiliar Auditoria en Salud.

N°	DOCUMENTO	VERIFICACION	OBSERVACION
1	Formato Requisición para contratos por prestación de servicios		
2	Formato de entrevista técnica (previamente diligenciado por el personal idóneo, con fecha, firma y observaciones positivas o negativas).		
3	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida		
4	**Formato Único Hoja de Vida Persona Natural** - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co). Nota: Registrar las fechas de experiencia laboral soportadas en los certificados físicos anexos.	✓	
5	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.) Relacionadas en el SIGEP	✓	
6	**Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas** – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
7	Fotocopia legible Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
8	**Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.antecedentes.policia.gov.co)	✓	
9	**Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años,** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
10	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. No superior a 90 días	✓	
11	**Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación**, con fecha de expedición no superior a 90 días (www.procuraduria.gov.co)	✓	
12	**Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal** expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 90 días (www.contraloria.gov.co)	✓	
13	**Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos** – REDAM con fecha de expedición no superior a 90 días	✓	
14	Fotocopia Diploma Bachiller y Acta de Grado (aplica para bachiller técnicos y tecnólogos).	✓	
15	Fotocopia Diploma y Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	✓	
16	Fotocopia Diploma y Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)		
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)		
18	Convalidaciones de títulos obtenidos en el exterior (Si Aplica)		
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).		
20	**Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).** (Si Aplica, es de obligatorio cumplimiento que este registrada la formación académica, por la cual se va a contratar) ***Nota:*** *"Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.*	N/A	
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar **Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo** expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. *(Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS).* ***Nota:*** *El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.*	N/A	
22	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente** (Aplica para el personal asistencial).	N/A	
23	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente** (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias, vigencia 02 años).	N/A	
24	**Fotocopia Certificado del Curso Diagnóstico y manejo clínico del dengue** (Aplica para el personal asistencial profesionales en Pediatría, Médicos Generales, Enfermeros y Bacteriólogos). Circular conjunta externa N° 013 de 30 mayo 2023 e Instrumento planes de mejora-curso OPS ETV-Zoonosis	N/A	

	v1 16/06/2023 Secretaria de Salud		
25	**Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018)** Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.	—	
26	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente** (Aplica para el personal de Médicos Generales, médicos especialistas según aplique, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias, UCI y traslado asistencial básico. Vigencia 02 años.	—	
27	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional, Terapeutas respiratorias y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y todo el personal del servicio urgencias). Vigencia 02 años.	—	
28	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado en Trauma ATLS** (Aplica para el personal de especialidad como Cirujanos generales)	—	
29	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio) Vigencia 02 años.	—	
30	**Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente.** (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).	—	
31	**Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas).** (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM), vigencia 02 años.	—	
32	**Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo (Vigencia 02 años). En caso de tener Diplomado no requiere actualización.** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).	—	
33	**Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente.** (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)	—	
34	**Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente** (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)	—	
35	**Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente** (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización), vigencia 02 años.	—	
36	**Certificado gestión del duelo vigente** (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto, cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC) vigencia 02 años.	—	
37	**Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente** (Personal asistencial del servicio de vacunación).	—	
38	**Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente** (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).	—	
39	**Fotocopia del certificado o carnet de manipulación de alimentos, para el personal que labora en el área de cocina (Resolución 2674 de 2013 Ministerio de la Protección Social)**	—	
40	**Fotocopia del certificado de curso COVE- OVEM para conductores de vehículos de emergencia (ambulancia)** Vigencia 02 años.	—	
41	**Fotocopia certificada de formación** en Trabajo Seguro en alturas **Resolución 4272 de 2021 Ministerio del trabajo** Ningún trabajador podrá trabajar en alturas sin contar con la certificación respectiva que acredite las competencias laborales, del nivel para el cual fue certificado. Vigencia 18 meses.	—	
42	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
44	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA. Verificación (www.PAI.web (A Nivel Nacional) –www.PAI2.0 (Bogotá D.C.)	✓	
45	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
46	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural.	✓	
47	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
48	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista. Directiva Permanente 2052 /MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMOP-JINAV-CCOIN-DEPOCI-DIVSEN-23.1 de fecha 30-08-2023 trata "Lineamientos generales y particulares para el desarrollo de actividades de Seguridad de Personal en la Armada Nacional.		

Nota: Los documentos que **NO** se requieran para el objeto a contratar, registrar **"No Aplica"** en la Columna de verificación.

SI Ardila Alvarez Alexis	SI Lama
Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	Grado y Nombre del Jefe de Sección Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM

Ciudad y fecha de verificación: _____

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CARDENAS	HUERTAS	LIZAETH TATIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1012415829	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 10 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 66 SUR 85 3

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO EMAIL tatycardenas165@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	11	AÑO	2011
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2020	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA	05	2021
La Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y el Hospital Simulado William Osler	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Entrenamiento para la vacunación regular y del Covid-19 en Colombia	11	2021
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y E SEGURIDAD Y SALUD EN EN TRABAJO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		VACUNACION-PAI	04	2024
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"	04	2024
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCIÒN A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL	04	2024
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZANDO ACLS	01	2025
LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		BUENAS PRACTICAS EN INMUNIZACION	11	2025
EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD - NTC ISO 9001	05	2026

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1172 AUXILIAR ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 58 9 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 58 9 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34 5 null 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	26	*Mes*	03	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34 5 null 43						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 22-Julio-2026

Tatiana C.

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.

Bogota 23/07/2026

Ciudad y fecha

PAT: 51 Ardila Alvarez Alexis

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS, identificado(a) con CC. No. 1012415829, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 4337 2023:

Fecha Inicio: 27/03/2023 **Fecha Terminacion: 15/09/2024**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 6700 2021:

Fecha Inicio: 04/08/2021 **Fecha Terminacion: 26/03/2023**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 09 de Agosto de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Diagonal 34 # 5-27, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Maria Lorena Rojas Van Strahlen - Directora de Contratación

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	CERTIFICACIÓN CONTRATOS		
	Versión 4.0	Fecha: 07/07/2025	Página 1 de 1

Bogotá, D.C, 05 de noviembre del 2025

EL SUSCRITO JEFE DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

CERTIFICA

QUE, LA SEÑORA **LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS,** IDENTIFICADA CON **CC 1.012.415.829** DE BOGOTÁ D.C., HA CELEBRADO CON EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ EL SIGUIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADO A CONTINUACIÓN:

NÚMERO	**031-ARC-DISAN-DMBOG-2025**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA SECCIÓN DE SALUD DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, PARA ÁREAS ASISTENCIALES Y/O ADMINISTRATIVAS, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA.
FECHA DE INICIO	05 DE MARZO DE 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VEINTE MILLONES SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($20.071.900.00 M/CTE).

OBLIGACIONES

1. Participar en el desarrollo de las actividades intramural y extramurales programadas desde atención primaria para la promoción y prevención en salud para los usuarios del subsistema. **2.** Realizar el proceso de gestión documental de las diferentes áreas del DMBOG. **3.** Asistir y participar en las actividades que se programen en beneficio del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, cuya finalidad sea ampliar y mejorar el servicio de salud. **4.** Realizar actividades asistenciales como turnos de enfermería donde sea asignado (consulta externa, prioritaria) o donde por necesidad del servicio sea requerido. **5.** Alistar los consultorios y/o áreas de atención, preparación de equipos, insumos papelería y demás elementos necesario. **6.** Realizar limpieza de consultorios rutinaria y terminal, equipos médicos que así lo requieran en el área asistencial asignada dejando registro en los formatos establecidos por el sistema de calidad. **7.** Realizar las actividades acorde necesidad del servicio dictaminadas por el DMBOG y que estén abarcadas dentro de la titulación de auxiliar de enfermería. **8.** Realizar traslados de pacientes en ambulancia básica (TAB) y ambulancia medicalizada (TAM) según necesidades y requerimiento del DMBOG, dentro del tiempo estipulado y normativa vigente para el cumplimiento del traslado. **9.** Realizar inventario de insumos médico quirúrgico de manera semanal y mensual, así como su debida semaforización de las bodegas y de cada consultorio. **10.** Realizar pedido de insumos médicos quirúrgico los 5 primeros días de cada mes con el fin que los consultorios estén dotados y listos para la atención **11.** Realizar inventario, custodiar y responder por los equipos biomédicos bienes y mobiliario,

velar por el buen funcionamiento, mantenimiento y buen uso de los mismo. **12.** Dar cumplimiento a las órdenes médicas en lo relacionado a procedimientos de enfermería, asistencia a personal médico y administración de medicamentos acuerdo a protocolos y guías de manejo. **13.** Dar cumplimiento a la resolución 1995 del 1999.

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN.
ADICIONES/SUSPENSIONES	NINGUNA.
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA, HASTA LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. A LOS CINCO (05) DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025.

ATENTAMENTE.

TN ELIECER ENRIQUE VILORIA VILARETE
JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

Vo. Bo: TF CERÓN RIVERA MARIA JULIANA

ELABORÓ: MAZ LOZANO GUIQUIMO JADER ALBERTO

Bogotá, D.C, 21 de julio del 2026

EL SUSCRITO JEFE DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

CERTIFICA

QUE, LA SEÑORA **LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS,** IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA **No. 1.012.415.829** DE BOGOTÁ D.C. HA CELEBRADO CON EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ EL SIGUIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADO A CONTINUACIÓN:

NÚMERO	**046-ARC-DISAN-DMBOG-2026**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD PARA EL PROCESO DE AUDITORÍA EN SALUD Y SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 EN LA OFICINA DE PLANEACIÓN EN SALUD DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ Y SUS SATELITES, CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.
FECHA DE INICIO	24 DE ENERO DE 2026
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE AGOSTO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE SGOSTO DE 2026
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	DIECISÉIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 16.350.000.00 M/CTE).

OBLIGACIONES

1. Proyectar actas, señales, informes según sea necesario acuerdo a necesidad de los procesos de auditoria en salud y sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015. 2. Recopilar, organizar y consolidar información necesaria para las áreas de auditoria en salud y sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015. 3. Digitar y transcribir la información de las áreas de auditoria en salud y sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, acorde a las necesidades. 4. Realizar difusión de los lineamientos definidos en las directivas emitidas por la DIGSA y DISAN. 5. Realizar seguimiento a el envío oportuno por parte de los líderes de proceso de los soportes y evidencias del desarrollo de las actividades definidas dentro de las acciones de mejora de las diferentes fuentes. 6. Documentar las diferentes actividades relacionadas al desarrollo del programa de seguridad del paciente y a las áreas de auditoria en salud y sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015. 7. Alimentar formato de auditoria de historias clínicas con los datos correspondientes por servicios. 8. Realizar la recolección de evidencias de realización de las diferentes acciones de mejora establecidas en los planes de mejoramiento de las diferentes fuentes, tales como Auditoria Interna de Calidad en Salud, Capacidad Tecnológica y Científica – CTC, Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud – AMEC, Seguridad del Paciente, Seguimiento a la Red Externa, y demás planes de mejora que se presenten dentro del proceso de Auditoría en Salud. 9. Realizar acompañamiento a la Líder del proceso de Auditoria en Salud durante el levantamiento de la Capacidad Tecnológica y Científica,

AMEC, entre otras. 10. Digitar cronograma de Auditorias según servicios a auditar y fechas definidas por parte de la líder del Proceso de Auditoría en Salud. 11. Elaborar y dar trámite a señal de notificación del cronograma de Auditoria Integral de cada vigencia, efectuar el respectivo envio a todos los funcionarios que deban conocer el documento. 12. Realizar acompañamiento a la líder del proceso de Auditoria en Salud en los casos que se considere pertinente durante la realización de las actividades de Auditoria Interna según lo definido en el Cronograma de Auditoría Integral. 13. Coadyuvar en la elaboración del informe de auditoría según las indicaciones emitidas por parte de la líder del proceso de Auditoría en Salud. 14. Participar en los comités de historias clínicas, calidad, seguridad del paciente e infecciones, elaborar las respectivas actas según las indicaciones emitidas por parte de la líder del proceso de Auditoría en Salud. 15. Realizar búsqueda activa de datos y evidencias relacionados a acciones inseguras identificadas en los diferentes procesos para facilitar el análisis de los casos dentro del comité de seguridad del paciente. 16. Coordinar, concertar y concretar con los diferentes miembros de los diferentes comités, la fecha y hora para la realización del mismo, haciendo entrega oportuna de los datos del cada uno de los casos que serán analizados. 17. Documentar las rondas de seguridad realizadas en los diferentes servicios. 18. Consolidar y enviar a la DISAN de manera oportuna las actas y Excel de indicadores de acciones inseguras analizadas durante el periodo. 19. Recibir reportes de acciones inseguras generados en las diferentes áreas orientando al personal en el adecuado registro de las mismas. 20. Apoyar la realización de campañas de información relacionas a temas de seguridad del paciente, dejando las respectivas evidencias. 21. Preparar la presentación de los casos de los diferentes comités con toda la información necesaria. 22. Realizar el diligenciamiento de documentos, plataformas, matrices y demás registros requeridos. 23. Responder por los materiales, insumos y demás elementos asignados para el desarrollo de sus funciones. 24. Mantener actualizado el inventario documental de las áreas de auditoria en salud y sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015. 25. Las demás que le sean asignadas inherentes a su cargo y competencias. 26. Con relación a las garantías presentadas y en caso de que algunas de las mismas lleguen a su vencimiento, el contratista tiene la obligación de renovarla de manera inmediata, en caso tal de que queden unos días descubiertos, estos días se descontaran por tanto se entiende que no existió ejecución.

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	EN EJECUCIÓN
ADICIONES/SUSPENSIONES	NINGUNA
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA, HASTA LA FECHA DE EXPEDICIÓN

EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. A LOS VEINTIÚN (21) DIAS DEL MES DE JULIO DE 2026.

ATENTAMENTE,

TF CERÓN RIVERA MARIA JULIANA
JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA (E) DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

ELABORÓ: MA2 [illegible] CHIQUILLO JAIDER ALBERTO

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-07-21 14:10

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LIZETH	TATIANA	CARDENAS	HUERTAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1012415829

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	CAJICÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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 ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$20.071.900,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$20.071.900,00

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	$20.000,00

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FABIAN	ORLANDO	LOZANO	LEGUIZAMON

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1012386695

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.415.829**

CARDENAS HUERTAS

APELLIDOS

LIZETH TATIANA

NOMBRES

Tatiana Cardenas

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1994**

CAJICA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-NOV-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00419075-F-1012415829-20121228 **0031971729A 2** 38894333

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:14:07 PM horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1012415829**

Apellidos y Nombres: **CARDENAS HUERTAS LIZETH TATIANA**

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

Todos los derechos reservados.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:21:27 horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1012415829,** Apellidos y Nombres **CARDENAS HUERTAS LIZETH TATIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** , con NIT **900213759-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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, 21/07/2026 02:22:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1012415829** y Nombre: **LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS.**

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. **144225177** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299762539

PIB
14:24:32

Bogotá DC, 21 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012415829:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de julio de 2026, a las 14:58:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1012415829
Código de Verificación	101241582926072114580 1

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

Generó: WEB

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1012415829 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 21/07/2026 02:34 PM

Código Verificación: **VF46ZH8E2L**

Válida hasta: **19/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Mixto "Ciudadanos del Futuro" Ltda

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,

según Resolución No. 7452 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Lizeth Tatiana Cardenas Huertas

T.I. 941024-16958 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

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

COLEGIO MIXTO CIUDADANOS DEL FUTURO LTDA

COLEGIO MIXTO CIUDADANOS DEL FUTURO RECTORIA (BOSA)

Rector(a)

COLEGIO MIXTO CIUDADANOS DEL FUTURO SECRETARIA (BOSA)

Secretario(a)

Anotado al Folio 13 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 003

Dado en Bogotá, D.C., a 26 de Noviembre de 2011

"No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"

Acta Individual de Grado

COLEGIO MIXTO " CIUDADANOS DEL FUTURO " LTDA

Cra 88 I No. 58A - 12 sur
Bosa la Libertad
Teléfono 7837342
Bogotá, D.C.

Inscripción S. E. 7452
Inscripción DANE 311001045011

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 26 días del mes de Noviembre de 2011, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO MIXTO " CIUDADANOS DEL FUTURO LTDA"**, institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por La Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución de No. 7452 del 13 de Noviembre de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO** , al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Lizeth Tatiana Cardenas Huertas
T.I. 941024-16958 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 003 del 26 de Noviembre de 2011, que consta de 69 alumnos; que comienza con el nombre de: **ACUÑA GOMEZ DAYANA CAROLINA.** y cierra con el nombre de: **VARGAS DÍAZ ERIKA NATHALIA**

Firmada:
NUBIA ESPERANZA SANDOVAL RAMOS (Rectora) y TERESA JIMENEZ ARIAS (Secretaria)
Dada en Bogotá, D.C., a los 26 días del mes de Noviembre de 2011.
(Firmado)

NUBIA ESPERANZA SANDOVAL RAMOS
Rectora
C.C. 51.669.792 Bogotá

texcómputo ltda

TERESA JIMENEZ ARIAS
Secretaria
C.C. 39.630.505 Bogotá

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL

INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con licencias de funcionamiento según resolución No. 4870 del 9 de Julio de 1998 sede Chapinero, No. 1592 del 30 de mayo de 2003 y No. 030037 del 22 de diciembre de 2017 sede centro. Con resolución de registro de programas No. 020032 del 21 de mayo de 2010, No. 02018 del 3 de mayo de 2013, sede Chapinero. Resolución de registro de programas No. 03003 del 23 de abril de 2013, sede centro ante la secretaria de educación de Bogotá Distrito Capital. Con conceptos técnicos previos favorables mediante acuerdos No. 0102 del 5 de febrero de 2010, No. 00094 del 5 de Julio de 2012 y No. 00156 y 00157 del 3 de diciembre de 2012 emitidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud del M.E.N. y Ministerio de Salud y Protección Social.

Confiere a:

LIZETH TATIANA CÁRDENAS HUERTAS

Con C.C 1.012.415.829 DE BOGOTÁ D.C

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y finalizado los estudios y prácticas reglamentarias, en el desarrollo del programa técnico establecido por las institución, con una duración total de 1800 horas

El presente certificado se expide de conformidad con el decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, parte 6, libro 3, artículo 3.1.1, igualmente del decreto 4904 de 2009 capitulo VI número 6.3.

Anotado en el libro de registro interno con No. 45 - 045

Ciudad y Fecha : Bogotá D.C, 26 de febrero de 2021

Rector (a) **Secretaria(o) Académica(o)**

2-0077

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

004278

Y EN SU NOMBRE EL

INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con licencias de funcionamiento según Resolución No.4870 del 9 de Julio de 1998 sede Chapinero, No. 1592 del 30 de mayo de 2003, No. 030037 del 22 de diciembre de 2017 sede Centro y No. 0439 del 26 de enero de 2018 sede Soacha. Con Resolución de registro de programas No. 020032 del 02 de agosto de 2016, No. 020024 del 27 de mayo de 2015, No. 02025 del 19 de julio del 2013, No. 02018 del 3 de mayo de 2013, No. 02032 del 21 de mayo de 2010 sede Chapine-ro. Resolución de registro de programas No. 030038 del 22 de diciembre de 2017, No. 030010 del 5 de junio de 2014, No. 030007 del 24 de octubre de 2013 sede centro. Con renovación de registro de programas según resoluciones No. 020058 del 12 de julio del 2017 y No. 020039 del 18 de octubre de 2016 sede chapinero. Renovación de registro de programas según resoluciones No. 030017 del 25 de julio de 2017 y No. 030003 del 23 de abril de 2013 sede centro. Expedidas por la secretaría de educación distrital y municipal.

ACTA DE REGISTRO INDIVIDUAL

El día 26 de febrero de 2021 se reunieron en las instalaciones del **INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE INCAP**, el rector (a) y secretario (a) Académico (a), con el fin de estudiar la documentación y el alcance de los objetivos y logros de formación establecidos por la institución para otorgar el certificado de aptitud ocupacional correspondiente a LIZETH TATIANA CÁRDENAS HUERTAS identificado (a) con la C.C No. 1.012.415.829 DE BOGOTÁ D.C como AUXILIAR EN ENFERMERÍA.

(Tomada del acta general de registro N° 45 - 045)

Se firma en Bogotá por:

2-0077

Rector (a)

Secretario (a) Académico (a)

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1012415829

Cursó y aprobó la acción de Formación

AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD - NTC ISO 9001

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barranquilla. a los veintisiete (27) dias del mes de mayo de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

Nataly Romero Fernández

NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL ATLÁNTICO

112810675 - 27/05/2026
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9302003493661CC1012415829C.

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012415829, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210419	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Julio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN 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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 32967877

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

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:

LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.415.829**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	CARDENAS HUERTAS		**Nombres:**	LIZETH TATIANA	
N° de Documento:	1.012.415.829		**Edad:**	31 AÑOS	
Genero:	Mujer	X	Hombre		
Profesión u ocupación:	AUXILIAR DE ENFERMERIA		**Número de contacto:**	321 283 6206	
Correo electrónico:	tatycardenas165@gmail.com				

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal está realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC	X	JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA

Cargo al que aspira: AUXILIAR DE ENFERMERIA DMBOG

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	28/01/2025
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	12/12/2014
			2da	SI	20/02/2015
			3ra	SI	24/04/2015
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	SI	19/04/2021
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	24/04/2008
			2da	SI	1/06/2008
			3ra	SI	12/12/2014
			4ta	SI	2/08/2018
			5ta	SI	11/09/2018
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	29/12/2025
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	28/01/2025
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	28/01/2025
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	21/02/2019
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	19/11/2019
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	28/01/2025
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:	

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA

SI		NO	X	

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la Dependencia

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de julio de 2026 01:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1012415829
Nombres y Apellidos	LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
Fecha de nacimiento:	24/10/1994

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
	Única				
	Adicional				
	Adicional 2				
	Adicional 2				
	Adicional 3				
	Adicional 3				
DPT	Única				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de julio de 2026 01:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1012415829
Nombres y Apellidos	LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
Fecha de nacimiento:	24/10/1994

DPT Acelular	Refuerzo	19/11/2019	Bostrix - GSK	AC37B295DB	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD AUTOPISTA SUR
Fiebre amarilla	Primera dosis	28/01/2025	Stamaril	X3D045V	
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	28/01/2025	Havrix 1440	AHAVC166AA	
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	12/12/2014	Engerix B Adultos	034L3004A	GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
	Segunda dosis	20/02/2015	Engerix B Adultos	034L3004A	GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
	Tercera dosis	24/04/2015	Engerix B Adultos	034l004a	GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
	Refuerzo	19/04/2021	Recombax B	UFX19015	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	28/01/2025	pneumovax 23	Y012268	
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	21/02/2019	Sarampión -Rubéola - SERUM	0128N342	DISPENSARIO MEDICO FAC
Td	Segunda dosis	24/01/2008	Tetavax		
	Tercera dosis	01/06/2008	Tetavax		
	Quinta dosis	18/06/2005	Tetavax		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PALESTINA
	Refuerzo	03/12/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009E	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL
Toxoide Tetánico	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de julio de 2026 01:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1012415829
Nombres y Apellidos	LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
Fecha de nacimiento:	24/10/1994

Toxoide Tetánico	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	28/01/2025	VARIVAX	Y01187	
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

ESTE CARNÉ ES VÁLIDO EN COLOMBIA
SERÁ EXIGIDO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS, COMO REQUISITOS LABORALES, PARA VIAJEROS NACIONALES, EN ZONAS DE RIESGO Y VIAJEROS AL EXTERIOR

CONSÉRVELO

EN CASO DE REQUERIR EL CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS, SOLICITE SU TRANSCRIPCIÓN EN LOS SITIOS AUTORIZADOS

POR MI COLOMBIA, YO ME VACUNO

DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN PARA SALUD FAMILIAR

ESM _____ FUERZA _____ GRADO _____

NOMBRES, APELLIDOS: Lizeth Tatiana Cardenas

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN: 1012415829

ACTIVO____ RETIRADO____ PENSIONADO____ BENEFICIARIO____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 24 MES 10 AÑO 1994.

OCUPACIÓN: Aux. Enfermena.

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1	19-11-2019	AC 3713295 X005711X	
NEUMOCOCO	1	28 ENE. 2025	PNEUMOVAX 23 L. X020256 V. 31/03/2025	
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICO	1	ACUNAR DE		MBIA
	2	ACÚNATE! PROTEGE TU VIDA		
	3	CENTRO ESPECIALIZADO EN VACUNACIÓN		
F. TIFOIDEA	1			
T. VIRAL	1	21-02-2019	0128N342	
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 22761

VACUNAR DE MBIA
ACÚNATE! PROTEGE TU VIDA
CENTRO ESPECIALIZADO EN VACUNACIÓN

NIT. 901.098.945 - 4

NOMBRE: Lizeth Cardenas Hueltas

IDENTIFICACIÓN: 1.012.415.829

TELÉFONO: 3212836206 F.N.: 24-Oct-1994

Calle 33A No. 14 - 30 Consultorio 202
Teusaquillo Cel.: 310 311 82 62
www.vacunardecolombia.com - E- mail: vacunarc@gamil.com

Powered by CamScanner

CONTROL DE VACUNACIÓN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

VACUNAS O BIOLÓGICOS	1 DOSIS / FECHA	No. LOTE / FIRMA	2 DOSIS / FECHA	No. LOTE / FIRMA	3 DOSIS / FECHA	No. LOTE / FIRMA	REFUERZO / FECHA	No. LOTE / FIRMA
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1 24/04/2008	Fabvi	2 01/06/2008	Bosa	3 12/12/2014	Capit.	4 02/08/2018	mundo salud
~~SARAMPIÓN RUBÉOLA~~	5 11/09/2018	Mundo Salud.						
TRIPLE VIRAL SRP								
INFLUENZA	29 DIC 2025	GCFIU	V50625009	2/26	DMB06	Anual		
HEPATITIS A								
HEPATITIS B								
NEUMOCOCO								
FIEBRE AMARILLA								
FIEBRE TIFOIDEA								
VARICELA								
HEPATITIS A + B								
TOXOIDE TETÁNICO								
FIEBRE TIFOIDEA + HA								
LEPTOSPIROSIS								
OTROS								

DILIGENCIE LOS ESPACIOS CON LA FECHA EN LA QUE SE REALIZA LA VACUNACIÓN, EL No. DE LOTE Y FIRMA DEL VACUNADOR / NEUMOCOCO SOLO PARA EL BATALLÓN DE ALTA MONTAÑA / FIEBRE TIFOIDEA Y AMARILLA EN ZONA ENDEMICA.

ARMADA NACIONAL
SUBDIRECCIÓN
CENTRO MEDICINA NAVAL

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	
HEPATITIS B	1	12-12-2014	034L3004A	Gonzalo Mendez
	2	20-02-2015	034L3004A	Gonzalo Mendez
	3	24-04-2015	03410049	Gonzalo Mendez
	R	19-04-2021	UFX19015	Tania Salud
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1	28 ENE. 2025	HAVRIX 1440 LOT. AHAVC168AA EXP. 31/07/2026	Laura
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1	28 ENE. 2025	VARIVAX LOT. X027167 EXP. 31/10/2025	Laura
	2			
INFLUENZA				
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1	28 ENE. 2025	STAMARIL LOT. X30045V EXP. 28/02/2026	Laura

Powered by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-18

Nombres y apellidos: LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
Fecha de nacimiento: 24/10/1994
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 1012415829
Edad: 30 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-02-18 / 02:25:05
Fecha salida: 2025-02-18 / 02:38:25



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	VALORACION POR NUTRICION POR EPS
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	DIETA Y EJERCICIO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	CONTROL ANUAL POR EPS USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE DENTRO DE JORNADA LABORAL

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. 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.

Johenys Mercado M.
Johenys Katherine Mercado M.
Médico Especialista en SST
Lic. SST 11750 2014
RM. 1065650567 / 2018

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
RM: 1065650567
Firma y sello del médico

Tatiana C.

LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
CC: 1012415829
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-18

CC: 1012415829
Nombres y apellidos: LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
Fecha de nacimiento: 24/10/1994
Edad: 30 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 18/02/2025
Fecha salida: 18/02/2025
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1	
DIABETES:	NO
CIRUGÍA OCULAR:	NO
GLAUCOMA:	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO
ALERGIAS:	NO
OTROS:	NO
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1	
VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	

Powered by CamScanner

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/25
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/30
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/30

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	
CON CORRECCION OD:	0.75 CM.
SIN CORRECCION OI:	
CON CORRECCION OI:	0.75 CM.
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.75 CM.

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	
CERCA:	
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	
OI QUERATOMETRÍA:	

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:	

Powered by CamScanner

SECCIÓN 1

TEST ADICIONALES

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO
RX EN USO	
OD:	SI
OI:	SI

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	H526: OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	CONTINUAR CON USO DE GAFAS

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA:	NO
CONTROL ANUAL:	SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO

Diana Moreno B.
OPTOMETRA - REG. 3549
ESP. S.O. RES. 7818/2018

DIANA MORENO BALLESTEROS
RM: 7818
Firma y sello del médico

Tatiana C.

LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS
CC: 1012415829
Firma del paciente

S1 BARRETO MIÑO YEIMY
LIDER ESTOMBOS
23/07/26

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141262599646

(415)7707212489984(8020) 000014126259964 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 2 4 1 5 8 2 9	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 2 4 1 5 8 2 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDENAS	HUERTAS	LIZETH	TATIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 66 SUR 85 03

42. Correo electrónico: tatycardenas165@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 8 3 6 2 0 6	3 2 1 2 8 3 8 7 6 3

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-07-21 / 03:25:07PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CARDENAS HUERTAS LIZETH TATIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **21/07/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LIZETH TATIANA CARDENAS HUERTAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012415829**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488442365505**
Fecha de apertura	**20/11/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

|COMPROMISO ANTISOBORNO

El **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá,** 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, Lizeth Tatiana Cardenas H. mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1012415829 ,expedida en Bogotá en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato _____ Representante legal_____ Empresa _____NIT:_____ Contrato MDN-_____ 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–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá**, 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, dadivas, 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.

9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.

11) 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: ttps://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home

12) 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.

13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.

14) 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.

15) 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 Bogotá D.C., a los (22) días del mes de Julio del año 2026 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

Tatiana C

FIRMA

C.C. 1012415829.

	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 Lizeth Tatiana Cardenas H identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1012415829, 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,

Tatiana C

C.C. 1012415829.

CONTRATISTA

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

El(los) suscrito(s) a saber lizeth Tatiana Cardenas Huertas, domiciliado en Bogotá, identificado(s) con CC. 1012415829 de Bogotá respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL ___ o JURIDICA ____ (marque con X) , 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 (escriba el objeto) _____ _____ _____, 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 regirá 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 buscara 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 a los 22 de Julio del 2026

Tatiana C

C.C. 1012415829.

FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMATO ANEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014

CIUDAD: BOGOTA FECHA 22-09-2026

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 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 SOCIA Lizeth Tatiana Cadena Huertas

Tipo documento de Identificación: Cédula de

Ciudadanía:	X	1012415829
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.

III. INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES No. Cuál:

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		**Sociedad Colectiva**		**Cooperativa**	
Sociedad Comandita por Acciones				**Empresa Unipersonal**	
Sociedad Comandita Simple				**Empresa Comunitaria**	
Sociedad de Economía Mixta		**Sociedad de Hecho**		**Empresa de Servicio**	
Sociedad Limitada				**Entidad Pública**	
Sociedad Sucursal Extranjera				**Empresa Solidaria de Salud**	
~~**Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)**~~				**Entidad sin Animo de Lucro**	
				Federación o Confederación Cooperativa de trabajo asociado	

Empresa Ind. Y Cial del Estado		**Asociaciones Mutualistas**		**Fondos de Empleados**	
Instituto de Economía Solidaria		**Precooperativa**			

TIPO DE CAPITAL

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO

PRIVADO	%
PUBLICO	%
MIXTO	%
PUBLICO	
PRIVADO	
TOTAL	

ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO

SI

NO

V. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCION EN LA FUENTE ICA	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI		NO

VI. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	

Dirección	Calle 66 Su # 85-03	Teléfono	3212836206
E-mail	tatycardenas765@gmail.com	Fax	
País	Colombia	Región	
Ciudad	Bogotá		
Localización	Nacional / Extranjera		
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

VII. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

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

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	| |
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

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

Entidad Financiera	Banco Davivienda	Número de Cuenta	055048844236550
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente		Ahorros X

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.

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