El servicio público es de todos | Función Pública

# FORMATO ÚNICO
# HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| GIRALDO | ROMAN | DIANA MARCELA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ◉ C.E ○ PAS ○ No. 32205991 | F ◉ M ○ | COL. ◉ EXTRANJERO ○ | Colombia |

**LIBRETA MILITAR**

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DÍA 19 | MES 02 | AÑO 1983 | carrera 50c # 93-27 Apto 401 casa Aranjuez San Isidro | | | |
| PAÍS | Colombia | | | PAÍS | Colombia | DEPTO | Antioquia |
| DEPTO | Antioquia | | | MUNICIPIO | MEDELLÍN | | |
| MUNICIPIO | MEDELLÍN | | | TELÉFONO | 2996661 | EMAIL | dianamgr6@hotmail.com |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 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: BACHILLER MEDIO TECNICO COMERCIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 1999 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No.SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| UN | 8 | X | | ENFERMERIA | 12 | 2009 | 5-2801-11 |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | | direccionlocalsaludspm@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8687039 | DÍA 11 MES 01 AÑO 2021 | DÍA 30 MES 12 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| COORDINADOR SALUD PUBLICA/PAI COORDINADORA SALUD PUBLICA | DIRECCION LOCAL DE SALUD | SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alcaldia San Pedro de los Milagros | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | SAN PEDRO | direccionlocalsaludspm@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 03 MES 08 AÑO 2020 | DÍA 30 MES 12 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Coordinadora Salud Publica 141 de 2020 | Dirección Local de Salud | San Pedro de los Milagros |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ALCALDIA MUNICIPAL | X | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| | | sanpedromilagros@hotmail.com |
| **TELÉFONOS**<br>8686246 | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 03 **MES** 02 **AÑO** 2020 | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 02 **MES** 08 **AÑO** 2020 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>COORDINADORA SALUD PUBLICA CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | **DEPENDENCIA**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | **DIRECCIÓN**<br>SAN PEDRO MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS** |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**<br>sanpedromilagros@hotmail.com |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 02 **MES** 01 **AÑO** 2019 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2019 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>COORDINADORA SALUD PUBLICA CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | **DEPENDENCIA**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | | **DIRECCIÓN**<br>SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>ALCALDIA SAN PEDRO DE LOS MILAGROS | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS** |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**<br>saludpublicasanpedro@gmail.com |
| **TELÉFONOS**<br>8686246 | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 02 **MES** 01 **AÑO** 2018 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2018 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>COORDINADORA SALUD PUBLICA CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | **DEPENDENCIA**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | | **DIRECCIÓN**<br>SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS**<br>Colombia |
| **DEPARTAMENTO**<br>Antioquia | **MUNICIPIO** | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**<br>SANPEDROMILAGROS@HOTMAIL.COM |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 10 **MES** 01 **AÑO** 2017 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 29 **MES** 12 **AÑO** 2017 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>COORDINADORA SALUD PUBLICA ENFERMERA COORDINADORA SALUD PUBLICA | **DEPENDENCIA**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | | **DIRECCIÓN**<br>SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS**<br>Colombia |
| **DEPARTAMENTO**<br>Antioquia | **MUNICIPIO** | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**<br>gerencia@esesantaisabel.gov.co |
| **TELÉFONOS**<br>8688504 | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 01 **MES** 11 **AÑO** 2016 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 13 **MES** 12 **AÑO** 2016 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>COORDINADORA APS ENFERMERA COORDINADORA APS | **DEPENDENCIA**<br>SALUD PUBLICA | | **DIRECCIÓN**<br>SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>SECRETARIA DE SALUD | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS**<br>Colombia |
| **DEPARTAMENTO**<br>Antioquia | **MUNICIPIO**<br>BURITICÁ | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 01 **MES** 08 **AÑO** 2016 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2016 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOL ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | **DEPENDENCIA**<br>SECRETARIA DE SALUD | | **DIRECCIÓN**<br>BURITICA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS**<br>Colombia |
| **DEPARTAMENTO**<br>Antioquia | **MUNICIPIO**<br>CALDAS | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 01 **MES** 07 **AÑO** 2016 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 30 **MES** 10 **AÑO** 2016 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>ENFERMERA SALUD PUBLICA ENFERMERA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | **DEPENDENCIA**<br>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | | **DIRECCIÓN**<br>CALDAS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>Dirección local de salud | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS**<br>Colombia |
| **DEPARTAMENTO**<br>Antioquia | **MUNICIPIO**<br>SAN PEDRO | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO**<br>**DÍA** 16 **MES** 02 **AÑO** 2016 | | **FECHA DE RETIRO**<br>**DÍA** 16 **MES** 12 **AÑO** 2016 |
| **CARGO O CONTRATO**<br>COORDINADORA SALUD PUBLICA ENFERMERA SALUD PUBLICA | **DEPENDENCIA**<br>DIRECCION LOCAL DE SALUD | | **DIRECCIÓN**<br>parque principal san pedro de los milagros |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA O ENTIDAD**<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS | **PÚBLICA**<br>X | **PRIVADA** | **PAÍS**<br>Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | CALDAS | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 3786300 | **DÍA** 01 **MES** 10 **AÑO** 2015 | **DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2015 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA SALUD PUBLICA ORDEN DE SERVICIO 071 DE 2015 | SALUD PUBLICA | Cra. 48 #Carrera 48 Nro 135 SUR - 41 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Secretaria local de salud | X | | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| Antioquia | CALDAS | salud@caldasantioquia.gov.co |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| | **DÍA** 01 **MES** 07 **AÑO** 2015 | **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2015 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOL ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y PAI | SECRETARIA DE SALUD | parque prinicipal caldas |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL | X | | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| Antioquia | MEDELLÍN | saludpublica@esesantaisabel.gov.co |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 8688504 | **DÍA** 03 **MES** 02 **AÑO** 2015 | **DÍA** 18 **MES** 12 **AÑO** 2015 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA COORDINADORA SALUD P ENFERMERA SALUD PUBLICA | SALUD PUBLICA | SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL | X | | |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| | | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 8688504 | **DÍA** 01 **MES** 01 **AÑO** 2014 | **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2014 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA COORDINADORA PYP 040 | CONSULTA EXTERNA | calle 43 a n\| 52a109 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | X | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| Antioquia | MEDELLÍN | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| | **DÍA** 09 **MES** 07 **AÑO** 2012 | **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2012 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA PROFESIONAL | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | X | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| Antioquia | MEDELLÍN | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| | **DÍA** 06 **MES** 02 **AÑO** 2012 | **DÍA** 29 **MES** 06 **AÑO** 2012 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA PROFESIONAL | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL | X | | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** |
| Antioquia | | GERENCIA@ESESANTAISABEL.GOV.CO |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 8687610 | **DÍA** 12 **MES** 04 **AÑO** 2010 | **DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2011 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| ENFERMERA COORDINADORA PRESTACION DE SERVICIOS | SALUD PUBLICA Y PYP | SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |

## 4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ⓧ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Medellin, 11 de Octubre 2021

Diana Giraldo
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

Institución Universitaria

## AUTORIZACIÓN CONSIGNACIÓN DE PAGOS

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 7 | 10 | 2021 |

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL EMPLEADO:** DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN

**No. CÉDULA DE CIUDADANÍA:** 32.205.991

**DEPENDENCIA:** INTERVENTORIA EN SALUD

**BANCO-CORPORACIÓN:** BANCOOLOMBIA

**CUENTA NÚMERO:** 162-69049450

**TIPO DE CUENTA:** AHORROS

Diana Giraldo

**FIRMA DEL EMPLEADO**

**AHORRO** [X] **CORRIENTE** [ ]

# Certificado Bancario

Miércoles, 6 de octubre de 2021

Señor(a)
A QUIEN CORRESPONDA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN identificado(a) con CC 32205991, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Saldo de la cuenta: $ 0 Pesos

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 16269049450 | 2011/04/26 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO**

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

**PERSONA NATURAL**

**(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. X T.I. N° 32.205.991 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ANTIOQUIA Municipio MEDELLIN

Dirección Carrera 50c # 93-27 Apto 401 Teléfonos 2 99 66 61 / 311 377 50 45

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MARIA PATRICIA ROMAN CUARTAS | 20.945.878 | MADRE |
| JAIRO DE JESUS GIRALDO HERRERA | 70.096.623 | PADRE |
| VERONICA HOYOS GIRALDO | 1.036.688.928 | HIJA |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 44.599.992 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | - |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 44.599.992 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 16269049450 | SAN PEDRO DE LOS MILAGROS | $ 0 - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| BANCO DE OCCIDENTE | COMPRA DE CARTERA | $ 32.000.000 |
| BACO CAJA SOCIAL | LIBRE INVERSION | $ 16.000.000 |
| BANCOLOMBIA | TARJETA DE CREDITO | $ 4.500.000 |
| BANCOLOMBIA | TARJETAS DE CREDITO | $ 5.800.000 |
| BANCOOMEVA | CUPO ROTATIVO | $ 7.000.000 |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Diana Giraldo

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Medellin, 21 de octubre de 2021

CIUDAD Y FECHA

Medellín, 06 de Octubre 2021

SEÑORES
INSTITUTO TECNOLOGICO METROPOLITANO
MEDELLIN
E.S.D.

Yo DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN, identificado con cédula de ciudadanía N.º 32.205.991 de MEDELLIN manifiesto a ustedes mi voluntad para afiliarme a la Administradora de Riesgos Laborales AXA COLPATRIA.

Lo anterior en cumplimiento a lo estipulado en la ley 1562 de 2012, por medio de la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional, y específicamente en lo estipulado en el artículo 2 que modifica el artículo 13 del Decreto – Ley 1295 de 1994, el cual establece que "son afiliados al sistema general de riesgos profesionales en forma obligatoria: 1. Las personas vinculadas a través de un contrato de prestación de servicio con entidades públicas o privadas, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación".

Decreto 723 de 2013 por el cual se reglamente la afiliación al sistema general de riesgos laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios artículo 4, el cual indica que para efectos de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, tienen derecho a la libre escogencia de su administradora de Riesgos Laborales, debiendo afiliarse a una sola y artículo 5 del mismo Decreto el cual establece que el contratante debe afiliar al Sistema General de Riesgos Laborales a los contratistas, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2 de la Ley 1562 de 2012.

Cordialmente

Diana Giraldo

NOMBRE: DIANA GIRALDO
C.C. 32.205.991

| ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL<br>"JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO"<br>Gestión del Talento Humano | AFILIACIÓN ARL PARA CONTRATISTAS | | CÓDIGO:<br>VERSIÓN: 0 |
|---|---|---|---|

San Pedro de los Milagros, 28 Enero de 2021

Señores
**MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS - ANTIOQUIA**
San Pedro de los Milagros

Yo, Diana Marcela Giraldo Román, identificado (a) con Cédula de ciudadanía No. 32205991 de Medellín, quien a la fecha tengo suscrito con el Municipio de San Pedro de los Milagros, el Contrato de Prestación de Servicios No. 091 de 2021, en cumplimiento a lo estipulado en la cláusula Decima Cuarta, en lo respecta a la afiliación a la ARP, manifiesto mi voluntad de afiliarme a la ARL- AXA COLPATRIA; a la que el Municipio tiene afiliado su personal.

**Por lo anterior, AUTORIZO a la entidad para que proceda a la respectiva afiliación, manifestando de una vez mi compromiso de realizar el pago respectivo al momento de pagar la EPS Y PENSION, oportunamente, a través del operador de información que he elegido libremente.**

**Igualmente, ratifico mi obligación de aportar para cada pago, copia de la Seguridad Social ante la dependencia** Dirección local de Salud**, responsable de la supervisión de mi contrato.**

**Conforme al contrato en mención: Fecha de inicio:** 01-02-2021.
**Fecha de terminación:** 30-12-2021.
**Fecha de retiro programado:** _____.

Para lo anterior, presento el contrato suscrito y adjunto copia de mi cédula de ciudadanía.

**DIRECCIÓN:** Carrera 50c # 93-27 apto 401
**No. TELEFÓNICO:** 3113775045 **FECHA DE NACIMIENTO:** 19-02-1983
**ESTADO CIVIL:** Soltera
**FONDO DE PENSIONES:** Porvenir
**E.P.S.:** SURA
**GRUPO DE OCUPACIÓN:** _____
**TIPO DE OCUPACIÓN:** _____
**SALARIO CONTRATO AÑO:** 34'650.000 **SALARIO CONTRATO MES:** 3.150.000
**SALARIO BASE DE COTIZACIÓN $** 1'260.000 **mensuales**
**DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:** dianamgrr@gmail.com
**CARGO:** Coord. Salud Publica - Gestion Salud P.

**Riesgo:** III **%** 2,436 **de cotización**

Atentamente,

Diana Giraldo. **Vo.Bo. Supervisor** _____.
C.C. No. 32.205.991
No. Teléfono y/o Celular: 3113775045

Recibí: 29 Enero 2021



Escaneado

2

AXA COLPATRIA

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

## CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS como trabajador independiente con número de afiliación 9000372 y con número de NIT 890.983.922, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Fecha deTerminacion del Contrato | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN | C.C. | 32.205.991 | 01/02/2021 | 30/12/2021 | RIESGO III | 2.436 | SERVICIOS PUBLICOS |

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 29 de enero de 2021 a las 10:12:33 a.m.**

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



Escanead



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
32205991
NUMERO
GIRALDO ROMAN
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES
Diana Giraldo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1983
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
27-FEB-2001 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-0100100-14093516-F-0032205991-20010719 05288 01198A 01 103558685

Escaneado

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14729803983

(415)7707212489984(8020) 000001472980398 3

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 2 2 0 5 9 9 1 | 2 0 0 1 0 2 2 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GIRALDO | ROMAN | DIANA | MARCELA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 43 78 60 BRR MANRIQUE

42. Correo electrónico dianamgr6@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 9 9 6 6 6 1 | 3 1 1 3 7 7 5 0 4 5 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 2 0 1 0 0 4 1 0 | | | | | | 3 2 2 3 | |

### 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados 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 2021 - 01 - 06 / 18 : 23: 25

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre GIRALDO ROMAN DIANA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

Acta de Graduación 70789

DEPENDENCIA: FACULTAD DE ENFERMERÍA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Consejo Académico 0148 del 04 de agosto de 1999

PROGRAMA: ENFERMERÍA

El 14 de diciembre de 2009 se reunieron las Directivas de la Universidad de Antioquia, con el propósito de conferir el título de :

## ENFERMERA

**a:**

## DIANA MARCELA GIRALDO ROMÁN

Identificada con cédula de ciudadanía 32205991

El Secretario de la ceremonia leyó la providencia por la cual el Señor Vicerrector de Docencia autorizó esta graduación. A continuación el Presidente de la ceremonia tomó al graduando el juramento correspondiente y procedió a la entrega del Diploma y el Acta de Grado.

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

Alberto Uribe C

ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

LUQUEGI GIL NEIRA
SECRETARIO

BEATRIZ ELENA OSPINA RAVE
DECANA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
SECRETARIA GENERAL
DATOS REGISTRO DEL DIPLOMA

LIBRO Nº 68 FOLIO Nº 78-931

14 DIC. 2009

UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

VICERRECTORÍA DE DOCENCIA
Departamento de Admisiones y Registro

SECRETARIA GENERAL

CERTIFICADO SOBRE REGISTRO DE DIPLOMA

LIBRO: 68 FOLIO: 78-931
A NOMBRE DE: Diana Marcela Giraldo Román
CÉDULA: 32205991
INSTITUCIÓN: Universidad de Antioquia
LUGAR: Medellín
TÍTULO: ENFERMERA
NÚMERO Y FECHA ACTA DE GRADUACIÓN: 70789 del 14 de diciembre de 2009
FECHA REGISTRO: 14 de diciembre de 2009
MEDELLÍN: 14 de diciembre de 2009

LUQUEGI GIL NEIRA
SECRETARIO

**Ciudad Universitaria:** Calle 67 N.° 53-108. Bloque 16, oficina 132
Teléfonos: 219 51 10, 219 51 11 ▪ Fax: 219 51 17 ▪ Nit: 890.980.040-8 ▪ Apartado: 1226
http://admisiones.udea.edu.co ▪ Correo electrónico: admision@quimbaya.udea.edu.co ▪ Medellín, Colombia

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE

# *Diana Marcela Giraldo Román*

APROBÓ EL CURSO

## *Soporte Vital Básico y Avanzado*

Este programa acredita 20 horas de educación continua con vigencia de dos (2) años
en los componentes de
**REANIMACIÓN CEREBROCARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA**
**CON CONCEPTOS BÁSICOS DE TRAUMA**

Como constancia se firma en Medellín, a los veintiún (21) días del mes noviembre de 2010

**LAUREANO QUINTERO**
**Director Científico**

DIRECCION SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

# LA DIRECCION SECCIONAL DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
# DIRECCION CALIDAD Y RED DE SERVICIOS

HACE CONSTAR QUE:

Diana Marcela Giraldo Román
32205991

Enfermero (a)

Asistió al curso de Inducción al Servicio Social Obligatorio, en el Departamento de Antioquia.

Dado en Medellín, el día 15 de septiembre de 2009

**PAOLA ANDREA SALAZAR GALLEGO**
Directora Calidad y Red de Servicios

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001
IQNet
ICONTEC CERTIFICADO NTCGP 1000

Dirección Calidad y Red de Servicios
Calle 42B 52-106 Piso 8, oficina 830 - Tels: (094) 383-98-57 -3839841 Fax 383-94-30;
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
"Entidad Vigilada Supersalud"
Medellín – Colombia – Suramérica

Antioquia para todos.
¡Manos a la obra!

La República de Colombia
y en su nombre

# Liceo José Roberto Vásquez

Medellín

Aprobado por la Secretaria de Educación y Cultura de Antioquia, según Resolución No. 006778 del 24 de Junio de 1.992 y ampliada según Resolución No. 008965 de Junio 21 de 1.994

Confiere a:

## Viana Marcela Giraldo Román

Identificado (a) con T.I 830219-01035 de Medellín

El Título de:

## Bachiller de Educación Media Técnica

### Especialidad Comercio

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

Rector (a)

Secretaria (a)

Liceo Comercial Nocturno José Roberto Vásquez

Inscrito en el acta de Grado No. 002

Folio No. 154 Numeral 49 Libro No. 01

Dado en Medellín el 10 de Diciembre de 1999

# LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

**EN ATENCIÓN A QUE**

# DIANA MARCELA GIRALDO ROMÁN

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 32205991**

**HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

# ENFERMERA

**LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 14 DE DICIEMBRE DE 2009**

**ALBERTO URIBE CORREA**
**RECTOR**

**LUQUEGI GIL NEIRA**
**SECRETARIO**

**BEATRIZ ELENA OSPINA RAVE**
**DECANA**

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL
Reconócese este Título
para todos los efectos Legales
RESOLUCIÓN Nº 5-2801
MEDELLÍN 02 MAY 2011

50290

THOMAS GREG & SONS.

# V Seminario de Estilos de Vida Saludable

## Intervenciones efectivas en salud, hacia una mejor calidad de vida

La Secretaría de Salud de Medellín y el Instituto de Deportes y Recreación de Medellín, INDER

certifican que:

*Diana Marcela Giraldo Román*

Asistió al Quinto Seminario de Estilos de Vida Saludable, "Intervenciones efectivas en salud, hacia una mejor calidad de vida" realizado en la ciudad de Medellín.

Dado en Medellín a los 24 días del mes de septiembre de 2009

LUZ MARÍA AGUDELO SUÁREZ
Secretaria de Salud de Medellín

Estilos de Vida Saludable

ANDRÉS FELIPE GARCÍA BETANCUR
Director INDER Medellín

# LA GERENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

## -MANA-

CERTIFICA QUE

***DIANA MARCELA GIRALDO C.C 32.205.991***

Participó del Curso Taller Departamental

***Implementación Estrategia IAMI con una duración de 24 horas.***

EL 19,20 Y 21 DE MAYO DE 2010 EN EL MUNICIPIO DE MEDELLIN

MAGNOLIA GIRALDO DUQUE
Gerente de Seguridad Alimentaria y Nutricional -MANA-

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Antioquia para todos.
¡Manos a la obra!

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NIP

| ① Parte básica | ② Parte compl. |
|---|---|
| 99 12 28 | |

27796249

## SECCION GENERICA

| ④ Consulado, notaría, Registraduría del Estado Civil, inspección, corregimiento | ⑤ Departamento, municipio, inspección, corregimiento | ⑥ Código |
|---|---|---|
| NOTARIA VEINTISIETE | MEDELLIN, ANTIOQUIA | 9882 |

⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) |
|---|---|---|
| HOYOS | GIRALDO | VERONICA |

⑧ SEXO — Masculino [ ] Femenino [X]

⑨ FECHA DE NACIMIENTO — Año 1 9 9 9 Mes 1 2 Día 2 8

⑩ LUGAR DE NACIMIENTO

| País | Departamento | Municipio | Inspección o corregimiento |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN | |

## SECCION ESPECIFICA

| ⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento | ⑫ Hora / Minutos / AM / PM | ⑬ Tipo sanguíneo |
|---|---|---|
| CLINICA EL SAGRADO CORAZON | 0 3 / 5 5 / AM [ ] / PM [X] | Grupo / R.H. |

| ⑭ Documento antecedente presentado (certificado de nacido vivo número, documento auténtico, acta religiosa) | ⑮ Nombre de quien expide el certificado | ⑯ Número de registro o tarjeta profesional |
|---|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO #A1786382 | ALEJANDRO SIERRA | 5001 |

⑰ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de soltera) — ⑱ Edad al momento del parto

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) | Edad |
|---|---|---|---|
| GIRALDO | ROMAN | DIANA MARCELA | 1 6 Años |

| ⑲ Documento de identificación (clase y número) | ⑳ Nacionalidad(es) | ㉑ Dirección domicilio |
|---|---|---|
| T.I. 830219-01035 | COLOMBIANA | CR.43#78-60.T.2130093 |

㉒ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE — ㉓ Edad al momento del nacimiento

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) | Edad |
|---|---|---|---|
| HOYOS | PELAEZ | JAIRO ALONSO | 1 9 Años |

| ㉔ Documento de identificación (clase y número) | ㉕ Nacionalidad(es) | ㉖ Dirección domicilio |
|---|---|---|
| C.C. 98.671.942 | COLOMBIANA | CR.43#77-20.T.2129705 |

| Apellido(s) y nombre(s) | Domicilio (dirección o municipio) |
|---|---|
| HOYOS PELAEZ JAIRO ALONSO | CR.43#77-20.T.2129705 |
| **Documento de identificación (clase y No.)** | **Firma** |
| C.C. 98.671.942 | Jairo Alonso Hoyos P. |
| Apellido(s) y nombre(s) | Domicilio (dirección o municipio) |
| Documento de identificación (clase y No.) | Firma |
| Apellido(s) y nombre(s) | Domicilio (dirección o municipio) |
| Documento de identificación (clase y No.) | |






㉛ Nombre y firma autógrafa del funcionario que autoriza el registro

DE CION Año 2 0 0 0 Mes 0 1 Día 9

ORGANIZACION ELECTORAL

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

# RESOLUCION Nº 5 - 2801 -11

**02 de mayo de 2011**

## POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

## EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En cumplimiento al Decreto N° 1875 del 3 de agosto de 1994 expedido por el Ministerio de salud, modificado por el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000 y

## CONSIDERANDO:

1. Que **DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN**, con cédula de ciudadanía N° 32,205.991 expedida en Medellín, ha solicitado autorización e inscripción para ejercer la profesión como **ENFERMERA,** título que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, según Acta de grado 70789 del 14/12/2009
2. Que dicho título se encuentra debidamente registrado con el N° 931 folio N° 78 y libro N° 68 de fecha 14/12/2009 por LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
3. Que **DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN,** cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL, del municipio de SAN PEDRO DE LOS MILAGROS, ubicado en el Departamento de Antioquia, tiempo comprendido entre el 08/04/2010 al 08/04/2011.

## RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO: AUTORIZAR** a **DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN,** con cédula de ciudadanía Nº 32,205.991 expedida en Medellín para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en todo el territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** para ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado, el titular deberá inscribir su nombre en la seccional de salud del departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer la vigilancia y el control que corresponde.

## COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Medellín, el 02 de mayo de 2011

**CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR**
**Secretario Seccional de Salud y**
**Protección Social de Antioquia**

Elaboró: Gloria Elena Villada C.

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS, ANTIOQUIA

CERTIFICA:

Que la señora DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN identificada con cedula de ciudadanía número 32.205.991; viene prestando sus servicios profesionales como enfermera mediante sucesivos contratos de prestacion de servicios profesionales desde el 02 de diciembre de 2013 hasta la fecha.

Finalizó el contrato de prestación de servicios número 54 desde el 02 de junio de 2016 hasta el 15 de diciembre de 2016 con una asignación mensual por valor de $1.662.217

El anterior ha tenido como objeto: "LA CONTRATISTA EN CALIDAD DE ENFERMERA PROFESIONAL SE OBLIGA PARA CON LA ESE A PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERA PROFESIONAL CONTENIDAS EN LOS PROYECTOS DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA, ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y PROGRAMA BUEN COMIENZO, DE ACUERDO CON LOS PROYECTOS CONTENIDOS EN LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS QUE SUSCRIBA LA ESE HOSPITAL SANTA ISABEL".

La contratista ha demostrado compromiso y responsabilidad con la prestación del servicio mencionado en el objeto contractual.

El presente certificado se expide a solicitud de la interesada.

Dado en el municipio de San Pedro de los Milagros a los cinco días del mes de enero de 2017 (05/01/2017)

JESÚS ORLANDO ÁLVAREZ DÍEZ
Subdirector Administrativo

**EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS, ANTIOQUIA,**

**CERTIFICA:**

Que la Señora **DIANA MARCELA GIRALDO ROMÁN,** identificada con C.C. No. 32.205.991, expedida en Medellín (Antioquia), ha tenido suscrito con el MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS - ANTIOQUIA, identificado tributariamente con NIT. 890.983.922-2; los contratos de prestación de servicios que a continuación se relacionan:

| No. Contrato | Término | Fecha de iniciación | Fecha de Terminación | Valor del contrato | Objeto del contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| 101 | 10 meses | 16/02/2016 | 16/12/2016 | $ 26.643.000 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe de la Gestión del Plan Municipal de Salud en el municipio de San Pedro de los Milagros. |
| 19 | 11 meses + 20 días | 10/01/2017 | 30/12/2017 | $ 33.259.351 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe de la Gestión del Plan Municipal de Salud en el municipio de San Pedro de los Milagros. |
| 14 | 11 meses + 20 días | 10/01/2018 | 30/12/2018 | $ 34.922.311 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe de la Gestión del Plan Municipal de Salud en el municipio de San Pedro de los Milagros. |
| 35 | 11 meses + 15 días | 16/01/2019 | 30/12/2019 | $ 35.466.000 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe de la Gestión del Plan Municipal de Salud en el municipio de San Pedro de los Milagros. |
| 31 | 6 meses | 03/02/2020 | 02/08/2020 | $ 18.000.000 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera para apoyar la Gestión y coordinación del Plan de Salud pública de intervenciones colectivas del municipio de San Pedro de los Milagros. |



Escaneado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 141 | 4 meses + 28 días | 03/08/2020 | 30/12/2020 | $ 15.000.000 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera para apoyar la Gestión y coordinación del Plan de Salud pública de intervenciones colectivas del municipio de San Pedro de los Milagros. |
| 165 | 3 meses + 15 días | 04/096/2020 | 18/12/2020 | $ 11.599.980 | Prestación de servicios profesionales como Enfermera profesional para apoyar el desarrollo del Plan de Acción de la Resolución S2029060022019 del 27/04/2020 con el fin de fortalecer los procesos de vigilancia en Salud Publica en el Marco de la emergencia con el COVID-19, tanto en el área urbana y rural del municipio de San Pedro de los Milagros. |

La presente se expide con base en la información que se halla en la serie de contratos de prestación de servicios que se conserva en esta entidad territorial.

Dicha certificación se expide a solicitud de la interesada, para diligencias de acreditación de experiencia en nuevo proceso contractual.

Dado en la Secretaría General y de Gobierno del Municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, a los trece (13) días del mes de enero de dos mil veintiuno.

**DIEGO ESTEBAN PATIÑO GARCÍA**
**Secretario General y de Gobierno**

**N° TRD:200-06-18**

Elaboró: Licenciada, Marta C, Pérez R, Profesional Universitaria Gestión del Talento Humano ( E )
Revisó y aprobó: Abogado, Diego E, Patiño García, Secretario General y de Gobierno
Fecha: 13-01-2021



Escaneado

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 179120191

WEB
15:33:24


Bogotá DC, 05 de octubre del 2021

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) DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 32205991:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público

**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 05 de octubre de 2021, a las 15:34:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 32205991 |
| Código de Verificación | 322059912110051534O5 |

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/10/2021 03:36:10 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **32205991** y Nombre: **DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN.**

## 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. **26257929** . 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



Escaneado

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:36:57 PM horas del 05/10/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **32205991**

Apellidos y Nombres: **GIRALDO ROMAN DIANA MARCELA**

**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.

Escaneado

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **32205991** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 32205991 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/02/2019 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 477 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 51 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **05/10/2021**

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

**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:

**DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.205.991**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre del 2021.

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.



Cambiar

4673

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2021-10-16→1:53:44 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 32205991 | DIANA | MARCELA | GIRALDO | ROMAN | Vigente | Ver |

Escanead

| Título | Ocupación | Acto Administrativo | | |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2011-05-02 | 5280111 | GOBERNACION DE ANTIOQUIA |

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

Escanead

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA MARCELA GIRALDO ROMAN identificado(a) con CC 32205991 registra La siguiente información:

2021-10-16→1:53:44 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2011-05-02 | 5280111 | GOBERNACION DE ANTIOQUIA |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este