

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: Diana Maria Rojas B., mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52306687 Bta, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo	<u>Diana Maria Rojas Bedoya</u>
Cédula de Ciudadanía	<u>52306687 BTA.</u>
Pregrado - Universidad	<u>Fundación Universitaria Preco Andino</u>
Posgrado - Universidad	<u>Ninguno</u>
Hace parte reserva activa	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Indique causal de retiro <input type="checkbox"/> Solicitud propia <input type="checkbox"/> Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. <input type="checkbox"/> Por llamamiento a calificar servicios. <input type="checkbox"/> Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. <input type="checkbox"/> Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar.

	<input type="checkbox"/> Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. <input type="checkbox"/> Por incapacidad profesional. <input type="checkbox"/> Por retiro discrecional. <input type="checkbox"/> Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual Fecha NO
Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante Objeto contractual Vigencia
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: <i>Corr 88 # 4-70</i> Ciudad: <i>Cali Valle del Cauca</i>
Teléfono fijo - Teléfono celular	
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: <i>Bancolombio</i> Sucursal: <i>Cali</i> No. de Cuenta: <i>24461711223</i> Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: <i>NO</i> Tel. Celular: <i>3118265352</i>

Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	_____
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Contratista (Indique NIT)
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato <i>Contrato de prestación</i> Objeto <i>de Servicios como enfermero Profesional</i> Plazo _____ Vlr. Total contrato _____
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato _____ No. de contrato objeto _____ Plazo _____ Vlr. Total contratado _____
Pertenezco al régimen tributario	Común <input checked="" type="checkbox"/> _____ Simplificado _____
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/> Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA__ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. _____ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la

	invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ____ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	UNIÓN LIBRE
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre (cónyuge) José Iván Pardo Vasquez Identificación (cónyuge) 14.240.676 Iboque Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI <input type="checkbox"/> Especifique: NO <input checked="" type="checkbox"/>
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos 1 Nombre Cristian Pardo Pardo Rojas Identificación 1022445737
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI ____ Grado de consanguinidad _____ Cargo que desempeña _____ NO <input checked="" type="checkbox"/>
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI <input type="checkbox"/> Especifique: NO <input checked="" type="checkbox"/>

Nombre Completo: Dionio Mario Rojas Bedoya
 Identificación: 52306687 BTA

Firma: 



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD



ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

DIANA MARIA ROJAS BEDOYA

C.C. 52.306.687

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-04-28
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-11-02



18297

Crear-ID.com | 8219115

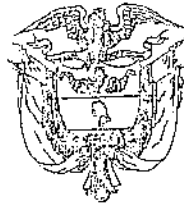
Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL





La República de Colombia

y en su nombre

El Liceo Social Compartir

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 000610 del 16 de Junio de 1994

Confiera:

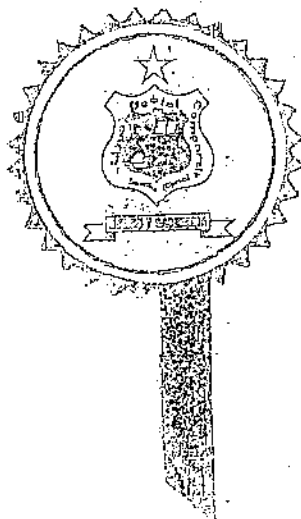
Diana María Rojas Bedoya

Identificado (a) con T.I. No. 770323-01870 de Bogotá D.E.

el Título de:

Bachiller Académico

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



Dado en Soacha Compartir a 2 de Diciembre de 1995

"No requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"

ms

Acta Individual de Grado

LICEO SOCIAL COMPARTIR

En la ciudad de SOACHA-COMPARTIR a los DOS (2) días del mes de DICIEMBRE del año 1.995

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del LICEO SOCIAL COMPARTIR

Institución aprobada hasta 1.995 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO

según RESOLUCION No. 000619 del DIECISEIS (16) de JUNIO de 1.994

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduado cuyos nombres, apellidos y número del

documento de identidad se relacionan a continuación:

ROJAS BEDOYA DIANA MARIA * T.I.# 770323-01870 DE BOGOTÁ D.E.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 02 de fecha 02/12/95 que consta de 34 alumnos que

comienza con el nombre de ARDILA CAMPO ALEXANDER

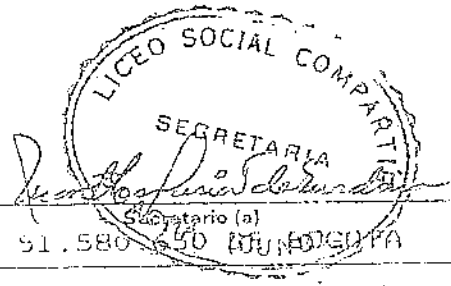
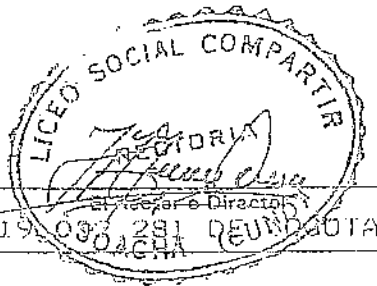
y se cierra con el nombre de ZUÑIGA JORGE IVAN

firmado y sellado por HECTOR MANUEL NOVOA DIAZ (Rector)

y MARTHA LUCIA URREGO DE MEDINA (Secretario).

Dada en SOACHA-COMPARTIR a los DOS días del mes de DICIEMBRE de 1.995

Firmado y Sellado



C.C. No. 19.037.281 REUNDOUTA

C.C. No. 51.580.550 REUNDOUTA

DIPLOMA No. _____





República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
PERSONERÍA JURÍDICA RES. 22216 MINEDUCACIÓN DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

DIANA MARÍA ROJAS BEDOYA

C.C. No. 52.306.687 de Bogotá D.C.

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

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 28 de abril de 2017

Rector

Secretario General

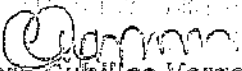
Decano

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
ACTA DE GRADO No. 802

En Bogotá D.C., el 28 de abril de 2017 a las 8:00 horas, convocados por Resolución Nacional 039 del 25 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General, doctora Liliam Amparo Cubillos Vargas, para presidir la ceremonia de grado de **DIANA MARIA ROJAS BEDOYA** con cédula de ciudadanía número 52306687 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 103, número 51602.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
LILIAM AMPARO CUBILLOS VARGAS, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 28 de abril de 2017.


Liliam Amparo Cubillos Vargas
Secretaria General

