EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:
FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL		GESTION DE TALENTO HUMANO
CODIGO	VERSION		FECHA ELABORACION
A-TH-F-004-02	2		02/01/2025

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO: D.I:

PERFIL: Diena Padrón Aux Eo

CARPETA	NO.	DOCUMENTO	RESPOPNSABLE	VERIFICACION SI	VERIFICACION N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL	HOSPITAL		
	2	CDP	HOSPITAL		
	3	ESTUDIO PREVIO	HOSPITAL		
	4	INVITACIÓN POSIBLE CONTRATISTA	HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS	CONTRATISTA	✓	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR	HOSPITAL		
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA	HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA	HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA	CONTRATISTA	✓	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONTRATISTA	✓	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019 https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012	CONTRATISTA		
	5	FORMULARIO SARLAFT	CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)	CONTRATISTA	✓	
	7	RUT ACTUALIZADO	CONTRATISTA	✓	
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)	CONTRATISTA	✓	
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL	CONTRATISTA	✓	
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO	CONTRATISTA	✓	
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO	CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR	CONTRATISTA	✓	
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR	CONTRATISTA	✓	
	6	DIPLOMA DE BACHILLER	CONTRATISTA	✓	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER	CONTRATISTA	✓	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS	HOSPITAL		
	9	VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)	HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR	HOSPITAL		
	11	RETHUS	CONTRATISTA	✓	
	12	CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion)	CONTRATISTA	✓	
OTROS TITULOS (RES 3100)		**TODO EL TALENTO HUMANO EN SALUD**			
	1	CERTIFICADO EN ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CONTRATISTA	✓	
	2	CURSO GESTION DEL DUELO	CONTRATISTA	✓	
	3	CURSO DE AGENTES QUIMICOS	CONTRATISTA	✓	
	4	CURSO DE HUMANIZACION	CONTRATISTA	✓	
		TALENTO HUMANO - OTROS			
	1	ENFERMERIA — AUX. ENFERMERIA — TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	CONTRATISTA		
	2	ENFERMERIA — AUX. ENFERMERIA — CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION	CONTRATISTA		
	3	ENFERMERIA — AUX. ENFERMERIA — MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO	CONTRATISTA		
	4	ENFERMERIA — AUX. ENFERMERIA — CERTIFICADO APH (urgencias y hospitalización)	CONTRATISTA		
	5	ENFERMERIA — AUX. ENFERMERIA — CURSO PRIMEROS AUXLIOS Y BLS	CONTRATISTA	✓	
	2	ENFERMERIA — VACUNACION — CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS	CONTRATISTA		
	3	ENFERMERIA — VACUNACION — CERTIFICADO COVID-19 (Prof.en enfermeria, Aux. enfermeria)	CONTRATISTA		
	1	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CURSO IAM - AIEPI (Consulta externa)	CONTRATISTA		
	2	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CERTIFICACION TRIBUNAL ETICO DE ENFERMERIA	CONTRATISTA		
	3	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	CONTRATISTA		
	4	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION	CONTRATISTA		
	5	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CURSO DE IMPLANTES SUBDERMICOS	CONTRATISTA		
	6	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CURSO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	CONTRATISTA		
	7	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — CURSO VIH	CONTRATISTA		
	8	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — SOPORTE VITAL BASICO Y/O AVANZADO	CONTRATISTA		
	9	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO	CONTRATISTA		
	10	ENFERMERIA — PROFESIONAL ENFERMERIA — TOMA DE CITOLOGIAS	CONTRATISTA		
	1	OTROS — CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación academica)	CONTRATISTA		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA	CONTRATISTA	✓	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA	CONTRATISTA	✓	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)	CONTRATISTA	✓	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)	CONTRATISTA	✓	
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL	CONTRATISTA	✓	
	6	CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)	CONTRATISTA	✓	
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	CONTRATISTA		
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)	CONTRATISTA O EMPLEADOR		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2	CONTRATISTA		
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxoide tetanico, Influenza)	CONTRATISTA	✓	
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD	CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION	CONTRATISTA	✓	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL	HOSPITAL		
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)	CONTRATISTA	✓	
	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION (EDMODO)	HOSPITAL		
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE	HOSPITAL		
	2	MINUTA DE CONTRATO	HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL	HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)	HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)	HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO	HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS	CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIQUIDACION	HOSPITAL		

VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vb. Recibido Talento Humano:	1ras Correcciones en documentos:
2das Correcciones en documentos:	3ras Correcciones en documentos:
Vb. Afiliacion ARL:	Vb. Recibido Contratacion:

Octubre 2025

Doctora
JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, Diana Escobar Pedraza, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1024490581 expedida en Bogotá, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

ITEM	ACTIVIDAD	CANTIDAD DE ACTIVIDADES	EJECUCION	EVIDENCIA
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Informe de cartografia y mapeo del EBS NA Evidencia en carpeta en drive
2	coordinar y realizar acompañamiento al equipo basico en salud asignado	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	Evidencia en carpeta en drive
3	realizar la entrega de los prodcutos del equipo basico en salud ante la ESE	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	Evidencia en carpeta en drive
4	realizar el informe de abordaje e indicadores en articulacion con el equipo basico en salud asignado	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	informe de abordaje
5	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive
6	Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive
7	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorios asignado	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Canalizaciones del peril de auxiliar de enfermeria priorizadas y de su perfil Evidencia en carpeta en drive

8	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF soporte de canalización. Evidencia en carpeta en drive y la SOPRTES MINISTERIO DE SALUD
8	Realizar demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Canalizaciónes Evidencia en carpeta en drive y la
9	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	NA PDF Canalizaciones de traslado Evidencia en carpeta en drive
10	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno en los microterritorios asignados.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive
11	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Canalizaciones Evidencia en carpeta en drive
12	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Canalizaciónes a otros sectores Evidencia en carpeta en drive
13	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	NA Evidencia en carpeta en drive
14	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fín	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF pantallazos del registro del formulario de canalizacion de auxiliares y enfermeria y de planes de cuidado, la certificacion de sistemas e indicadores Evidencia en carpeta en drive
15	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Informe de abordaje por EBS Evidencia en carpeta en drive y
16	Realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los microterritorios asignados.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	NA Evidencia en carpeta en drive
17	Realizar consulta intra y extramural de acuerdo al territorio abordado.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive
18	Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Acta de asistencias y registro fotografico Evidencia en carpeta en drive
19	El contratista deberá entregar de manera oportuna según las fechas estipuladas por la referente del programa, cronograma de actividades, plan de trabajo mensual, los productos realizados en campo, bases de datos y retroalimentación de casos y/o a la persona encargada de consolidar la información y seguimiento al plan de cuidado familiar y a su respectiva canalización.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	Certificación referente coordinadora EBS
20	Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y consolidación.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	Certificación referente coordinadora EBS

21	Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiera ser compartido por parte de la referente.	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	PDF Acta de asistencias Evidencia en carpeta en drive
22	Cláusula verde participar de las actividades de gestión ambiental y poner en práctica el contenido de las capacitaciones de manejo integral de residuos, conductas básicas de bioseguridad, limpieza y desinfección, hospital verde y todas aquellas que surjan en el desarrollo de sus actividades	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	NA Evidencia en carpeta en drive
23	Las demás Actividades que le sean asignadas durante el mes y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual	DE ACUERDO AL MICROTERRITORIO ASIGNADO	Ejecutado	NA Evidencia en carpeta en drive

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado en cada mes según el anexo

TÉRMINO INICIAL DE EJECUCIÓN: Según el contrato interadministrativo **MINITERIO DE SALUD EQUIPOS BASICOS DE 2025.**

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista **Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).
En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Cra 126b-16 barrio Soacha del municipio de Cundinamarca, correo electrónico diancamile13@hotmail.com mi número de celular es 3166647751.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma) _____
Nombre: Dicha Escobar Pedraza
C.C. No. 1024490581

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
ESCOBAR	PEDRAZA	DIANA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1024490581	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 04 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3 8 90 IN 7 Lean XIII

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO SOACHA

TELÉFONO 3168647751 EMAIL dianamile13@hotmail.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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2007

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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	03	2011

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1B 12 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ARA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1B 12 38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 B 12 38 SUR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO-SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ARA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 SUR 12 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 72993922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38 SUR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7460885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Carrera. 2 12 - 38 San Marcos					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7460885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Carrera. 2 12 - 38 San Marcos					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7460885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Carrera. 2 12 - 38 San Marcos					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7460885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Carrera. 2 12 - 38 San Marcos					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7460885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	22	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Carrera. 2 12 - 38 San Marcos					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICOS IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* AGUA DE DIOS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7460885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	11	*Año*	2020	*Día*	08	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 65 5A 62					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* JULIO X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7293922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* Carrera. 2 12 - 38 San Marcos					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PROFAMILIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3390900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	21	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 34 13 65					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IDIME S. A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2128099	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 76 13 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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					

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	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
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 10-10-2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.024.490.581
NUMERO

ESCOBAR PEDRAZA
APELLIDOS

DIANA MILENA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1989

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-MAY-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500119-47161223-F-1024490581-20070715 0100407196A 02 238587801

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: INGRESO

Fecha de publicación: 2025-10-08 12:25

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	MILENA	ESCOBAR	PEDRAZA

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1024490581

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA | Departamento: CUNDINAMARCA | Municipio: BOGOTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA | Departamento: CUNDINAMARCA | Municipio: BOGOTA

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: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA

Lugar de sede

País: COLOMBIA | Departamento: CUNDINAMARCA | Municipio: FUNZA

Dirección: CL 11 9 99

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.

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	12.400.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	12.400.000

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
AHORROS	SOACHA	0

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [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
HIJO	DANNIEL ARTEAGA	TI	1222218912	ESTUDIANTE

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:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
	Contratista X	Proveedor ___	Personal Planta ___	Vinculación ___
	Prestador IPS ___	Junta Directiva ___	Otro _____	Actualización ___

Departamento: | Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: Escobar	Segundo Apellido: Pedraza	Nombres: Diana Milena
Tipo De Documento: Cedula	No. De Identificación: 1024490581	Fecha De Nacimiento: 16 Abril 1989
Lugar De Nacimiento: Bogota	Fecha De Expedición: 2-Mayo 2007	Lugar De Expedición: Bogota
Dirección: Cra 1 #266-16	Ciudad: Bogota	Departamento: Cundinamarca
Teléfono: 3168647751	Celular: 3168647751	Profesión/Ocupación: Auxiliar Enfermeria

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico

Tipo de contribuyente: ____ Régimen simplificado ____ Régimen común ____ Grandes contribuyentes ____ Otra ____
¿Cual? _____

Tipo de Empresa: Privada _____ Publica _____ Mixta _____ Sin ánimo de lucro _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		
Salud ____ Farmacéutico ____ Industrial ____ Servicios ____ Comercial ____ Otro ____ ¿Cuál? _____		
Descripción de la actividad económica:		
Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación. (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento
Porcentaje De Participación		Dirección		Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento
Correo		Dirección		Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento
Correo		Dirección		Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos $		Total Pasivos $		Total Patrimonio $
Ingresos Mensuales $		Egresos Mensuales $		Otros Ingresos $
Corte De Información Financiera				

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

3. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza negocios en moneda extranjera		Tipo de transacciones	
		¿Cuál?	

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: _____
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
6. Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
2. Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

FIRMA

HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141064227573

(415)7707212489984(8020) 000014106422757 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 4 9 0 5 8 1	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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
ESCOBAR	PEDRAZA	DIANA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal
CL 3 8 90 IN 7 BRR LEON XIII

42. Correo electrónico dianamile13@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 5 1	7 1 2 2 1 5 2	3 1 6 8 6 4 7 7 5 1

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 0 1 1 2 1						5 1 3 2	

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

Usuarios aduaneros																						Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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

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 ESCOBAR PEDRAZA DIANA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CamScanner

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1024490581**ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2023, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	No. 096-2023
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 4171 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. ($6,534,000.00)
PLAZO DE EJECUCION:	74 DIAS
FECHA DE INICIO:	DIECISEIS (16) DE ENERO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÒN:	TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DE 2023
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los catorce (14) días del mes de abril de 2023.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyecto: Cenaida Martinez Gonzalez – Profesional de Apoyo Administrativo
Revisó: Yolanda Cathrine Ditta Morato – Abogada Contratista

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA,** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1024490581,** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia **2023**, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	No. 356-2023
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 1874 DE 2023 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.
VALOR DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($9,600,000.00)
FECHA DE INICIO:	15 DE MAYO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE AGOSTO DE 2023
ESTADO:	EN EJECUCION

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los dieciocho (18) días del mes de agosto de 2023.

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

Proyectó: Cenaida Martínez González – Profesional de apoyo administrativo-Contratista
Revisó: Nicolas Andrés Mendoza Chavarro – Abogado - Área Jurídica y Contratación -Contratista

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

EL TESORERO GENERAL DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1024490581,** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia **2023**, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	No.520-2023
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 1874 DE 2023 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($9,600,000.00)
ADICION:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($2,857,144.00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($12,457,144.00)
FECHA DE INICIO:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2023
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los catorce (14) días del mes de febrero de 2024.

WILLIAM OSWALDO CORTÉS PINILLA
TESORERO GENERAL

Proyectó: Cenaida Martinez Gonzalez – Profesional de apoyo administrativo-Contratista
Revisó: Yolanda Catnrine Ditta Morato – Abogada - Área Jurídica y Contratación -Contratista

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA ASESORA JURIDICA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA** quien se identifica con cedula de ciudadanía **No. 1024490581,** ha suscrito con la entidad, durante la vigencia **2024**, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	No.378-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCION 1778 DEL 2023 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE. ($6,474,510.00)
ADICION:	DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA PESOS M/CTE. ($2,158,170.00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	OCHO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($8,632,680.00)
FECHA DE INICIO:	15 DE MARZO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÒN:	31 DE MAYO DE 2024
FECHA DE TERMINACION AMPLIADA:	30 DE JUNIO DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO

CONTRATO No.	No.933-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCION 1778 DEL 2023 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS M/STE. ($3,339,194.00)

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

FECHA DE INICIO:	09 DE JULIO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÒN:	03 DE AGOSTO DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los diecisiete (17) días del mes de agosto de 2024.

DIANA FARLEY VILLANI LADINO
ASESORA JURÍDICA

Proyectó: Cenaida Martinez González – Profesional de apoyo administrativo-Contratista
Revisó: Yolanda Cathrine Ditta Morato – Abogada - Área Jurídica y Contratación -Contratista



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MILENA
ESCOBAR PEDRAZA
C.C. 1024490581

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 19/05/2011

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA

con documento de identificación No. CC.1024490581

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

Título

de

TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en BOGOTÁ
a los 01 días del mes de Marzo de 2011.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro : 389443 del 24/02/2011

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO QUE:

DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA

con documento de identificación No. CC.1024490581

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En constancia de lo anterior se firma la presente en BOGOTÁ a los 01 días del mes de Marzo de 2011.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Instituto Educativo Comercial "INEC"

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA
SEGUN RESOLUCION No. 002031 DEL 1 DE AGOSTO DE 2002

C O N F I E R E A :

Escobar Pedraza Diana Milena

C.C. 1,024,490,581 de Bogotá, D.C.

E L T I T U L O D E

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES

RECTOR
LIC. ALFREDO CELIS MARQUEZ
C.C. 13.478.537 CUCUTA

SECRETARIA
ANGELA YAYNED ESPARZA ROA
C.C. 1.022.329.017 BOGOTÁ, D.C.

INSTITUTO EDUCATIVO COMERCIAL
"INEC"

Cra. 7 Nº 18 –41 / Cra 7 A Nº 18 – 36 SOACHA, CUNDINAMARCA TEL.: 5 79 55 45
RESOLUCIÓN Nº 002031 DE 1º de AGOSTO DE 2002

INSCRIPCIÓN S.E.C. 2031

Acta Individual de Grado

En la Ciudad de Soacha, (Cund) a los 30 días del mes de JUNIO de 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del **INSTITUTO EDUCATIVO COMERCIAL "INEC"** Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por **LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA**, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad **BACHILLERATO ACADÉMICO CON ÉNFASIS EN LIDERAZGO SOCIAL y EMPRESARIAL** Según Resolución No. 002031 del 1º de Agosto de 2002. 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 **TÍTULO DE:**

Bachiller Académico

Con énfasis en liderazgo social y empresarial

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan:

ESCOBAR PEDRAZA DIANA MILENA

C.C 1.024.490.581 DE BOGOTA D.C

Fiel copia tomada del Acta original general No. 11 Folio No. 54 de la fecha 30 de JUNIO de 2007 que consta de: 199 alumnos graduados. Que comienza con el nombre de: **ACUÑA MEDINA CARLOS EDUARDO** y se cierra con el nombre de: **YAYA GAITAN FERNEY.**

Dada en Soacha, (Cund.) a los 30 días de JUNIO de 2.007. **Firmada y Sellada.**

RECTOR
Lic. ALFREDO CELIS MÁRQUEZ
C.C. 13.478.537 DE Cúcuta (N.S.)

SECRETARIA
ANGELA YAYNED ESPARZA ROA
C.C. 1.022.329.017 DE Bogotá D.C

Resultado General -2025-10-08→7:02:41 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1024490581	DIANA	MILENA	ESCOBAR	PEDRAZA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA identificado(a) con CC 1024490581 registra La siguiente información:

2025-10-08→7:02:41 PM Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011-05-06	4803	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Departamento de
CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 25-1641

26 DE MARZO DE 2012

"Por la cual se inscribe un certificado en el área de la salud".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 03 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000 emanados del Ministerio de Salud, y Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1024490581 DE BOGOTA D.C.**, ha solicitado inscripción para ejercer como **TÉCNICO PROFESIONAL EN ENFERMERIA** en el Departamento de Cundinamarca, según **CERTIFICADO** que le otorgó **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - BOGOTA D.C.** según **ACTA DE GRADO REGISTRO No.289443** de fecha **24 DE FEBRERO DE 2011.**

Que **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA** se encuentra debidamente autorizado(a) para ejercer en **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** en el Territorio Nacional, mediante **RESOLUCION No4803** de fecha **05 DE MAYO DE 2011** expedida por **SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA D.C.**.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1024490581 DE BOGOTA D.C.**, para ejercer como **TÉCNICO PROFESIONAL EN ENFERMERIA**, en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a **26 DE MARZO DE 2012**

ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyectó: Blanca Flor M.S.
Revisó. Jaime Taborda

1261

Bogotá D.C. 26 de Marzo de 2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor(a) Diana M. Escobar P.
C.C. No. 1024490581 Bogotá D.C.
Firma

Cundinamarca
Calidad de Vida

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.024.490.581

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO ACADEMICO@IMAVSS.COM ESCANEAR EL CODIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION 321 405 9303

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **Diana Milena Escobar Pedraza**

C.C : 1024490581 DE Bogotá

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

Gestion del Duelo

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 26 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **Diana Milena Escobar Pedraza**

C.C : 1024490581 DE Bogotá

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

Atencion a Victimas de Agentes Quimicos

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 25 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

HTG
Health Training Group s.a.s
Asesorías y capacitaciones

CERTIFICA QUE:

DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.490.581

ASISTIÓ AL CURSO.

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

CON UNA INTENSIDADAD DE 48 HORAS

Guías de lectura, de 10 de Abril de 2024 al 11 de Abril de 2024. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de Abril de 2024. Taller práctico 14 de Abril de 2024, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42,90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 15 del mes de Abril del 2024.

Con una validez de 1 años

Edisson Osorio
Director General

Subdirectora.

Healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206052534-Cel : 3144355976
NIT: 901160737-3

HTG
Health Training Group s.a.s

CERTIFICA QUE:

DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1.024.490.581

ASISTIÓ AL CURSO.

SOPORTE VITAL BASICO

CON UNA INTENSIDADAD DE 40 HORAS

Guias de lectura, de 10 de Abril de 2024 al 11 de Abril de 2024. Taller virtual los días 12 y 13 del mes de Abril de 2024. Taller práctico 14 de Abril de 2024, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42,90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.
Lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 15 del mes de Abril del 2024.

Con una validez de 2 años

Edisson Osorio
Director General

Carolina Martínez Arroyo
Subdirectora.

Healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206052534-Cel: 3144355976
NIT: 901160737-3

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 282140482

PIB
19:26:11

Bogotá DC, 08 de octubre del 2025

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 MILENA ESCOBAR PEDRAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024490581:

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

Carlos William Rodríguez Millán
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 miércoles 08 de octubre de 2025, a las 19:27:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024490581
Código de Verificación	1024490581251008192748

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

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, 08/10/2025 07:30:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1024490581** y Nombre: **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA.**

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. **124660324** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:34:24 PM horas del 08/10/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024490581**
Apellidos y Nombres: **ESCOBAR PEDRAZA DIANA MILENA**

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.

TIC

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 1024490581 **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 05/10/2025 04:54 PM

Código Verificación: **4ATXUD59ZR**

Válida hasta: **03/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 10:48:10 horas del 10/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1024490581, Apellidos y Nombres ESCOBAR PEDRAZA DIANA MILENA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA , con NIT 900.750.333-1 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

Aliados
Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202414460

Se certifica que al señor(a):	**DIANA MILENA ESCOBAR PERDRAZA**
Identificado(a) con documento:	**CC 1024490581**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **OPTOMETRIA** **RX COLUMNA LUMBROSACRA**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa:	**PARTICULAR**
Cargo:	**AUXILIAR ENFERMERIA**
Fecha:	**28/09/2024**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:

NINGUNA.

Recomendaciones laborales:

ATENDER EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO DE LA EMPRESA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL.USO CONTINUO DE LENTES CORRECTIVOS.

Recomendaciones generales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, GIMNASIA AEROBICA DIARIA.PRESENTAR A MEDICO GENERAL DE LA EPS EL INFORME DE RADIOLOGIA.

Dr. Julio E. Silva Rodriguez
Salud Ocupacional 25-2305-2015
R.M. 8791
c.c. 19.281.428

DR. JULIO ESCIPION SILVA RODRIGUEZ
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 2305 DE 2015

DIANA MILENA ESCOBAR PERDRAZA
CC 1024490581

Certifico, que los datos aportados por mi en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Diana Milena.

Apellidos: Escobar Pedraza

Documento de identidad: C.C. X C.E. Pasaporte No. 1024490551

Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 04 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20/3/21	Sinovac	E 2021 02011	ESE Municipal	Luis Ruiz	5230280
	2	29-4-21	Sinovac	ET 6926	ESE municipal	CARLOS RAMIREZ	99831999
		01/2021	Sinovac	C2021 04137	ESE municipal	Aux. de Enfermeria C.C. 1233503391 Leslie Alexandra Salazar	

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RH O+

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana Milena

Apellidos: Escobar Pedraza

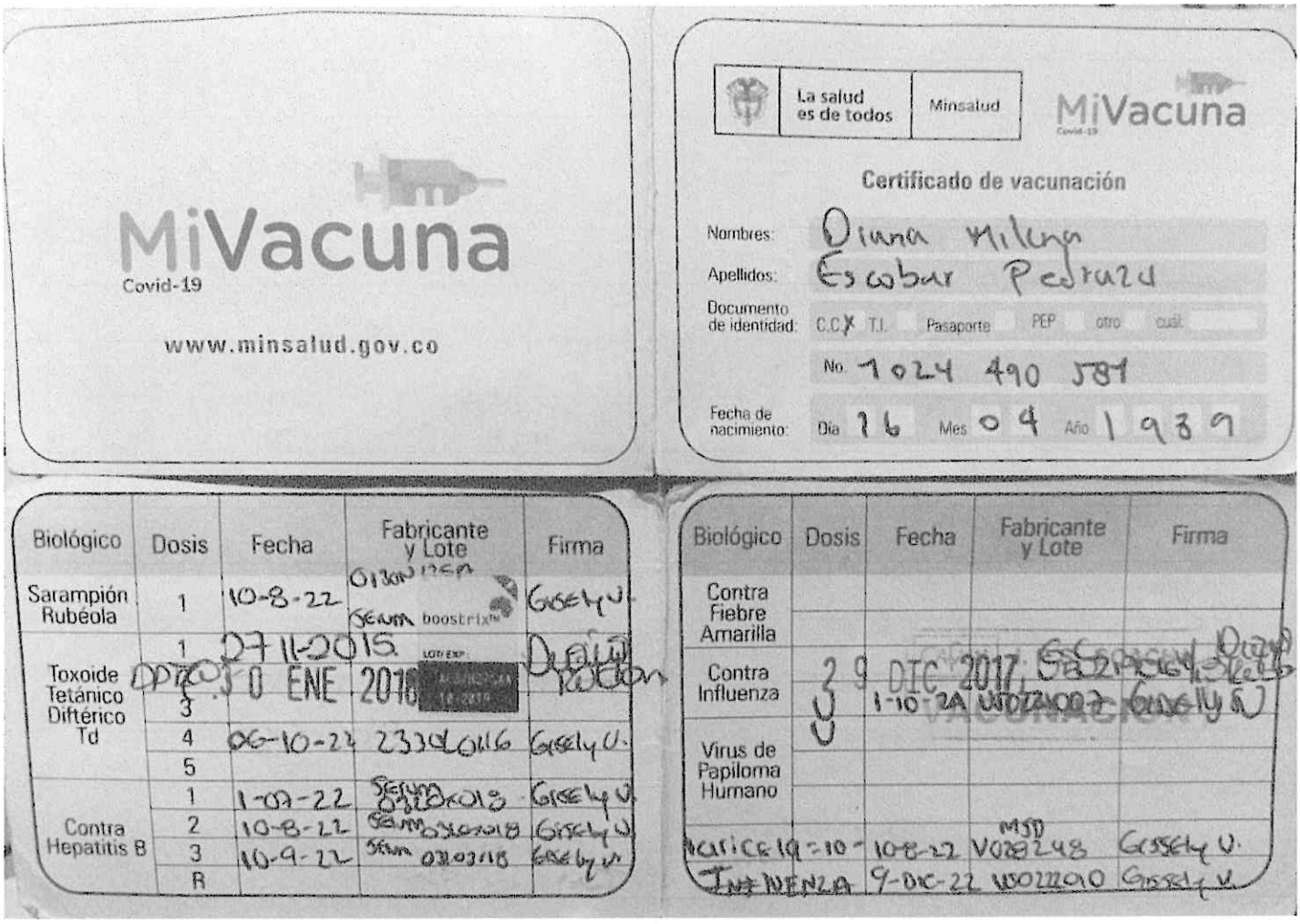
Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1024490581

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 04 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	25-4-25	VSO52505A	VY-2-26 Sandra
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Diana Milena

Apellidos: Escobar Pedraza

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte PEP otro cual:

No. 1024 490 581

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 04 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	10-8-22	GlaxoSmithKline Serum boostrix	Gisely V.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	27-11-2015		
	2	30 ENE 2016		
	3			
	4	06-10-22	233L0116	Gisely V.
	5			
Contra Hepatitis B	1	1-07-22	Serum 0320118	Gisely V.
	2	10-8-22	Serum 0320118	Gisely V.
	3	10-9-22	Serum 0320118	Gisely V.
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	2 U	29 DIC 2017		
		1-10-22	U072007	Gisely V.
Virus de Papiloma Humano				
VARICELA=10-		10-8-22	MSD V028248	Gisely V.
INFLUENZA		9-DIC-22	U022090	Gisely V.

Powered by CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA identificado con CC 1024490581 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	01/10/2017
IPS Cotizante:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A
Estado:	ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
DANNIEL SANTIAGO ARTEAGA ESCOBAR	TI 1222218912	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	12/04/2018	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en BogotáQUIEN INTERESE , a los 03 días del mes octubre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1024490581,** se encuentra afiliado/a desde **23/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de julio de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL

sura

Medellin, 19 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA con documento de identidad C1024490581, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE con NIT N900958564.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Informacion general de la afiliacion

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-12-21	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificación Bancaria

Lunes, 02 de junio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA identificado(a) con CC 1024490581, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	52565112155	2024-03-13	ACTIVO	*****

*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 a 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co



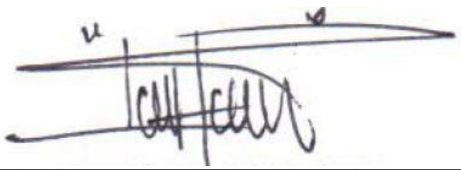
LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NIT. 900.750.333 – 1

CERTIFICA

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **DIANA MILENA ESCOBAR PEDRAZA** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No 1.024.490.581** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada.
Para constancia de los anterior se firma a los diez (10) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).



LAURA LILIANA HERRERA MENDIVELSO
Líder Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Laura L. Herrera M. / Líder Talento Humano
Revisó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero
Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera copia.