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
Gomez	Hernandez	Diana Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1090388942	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES 12 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 113 32 79 torre 4 apto 1103

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 3245035616 EMAIL diana.cgomez87@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2004
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		NUTRICIION Y DIETETICA	03	2010	Acta No. 1117

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PRAXISALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTE VITAL BASICO	09	2024
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PRAXISALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	09	2024
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PRAXISALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL	09	2024
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PRAXISALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		GESTION DE DUELO	09	2024
FUNSE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	160	X		Primeros auxilios basico y avanzado	01	2028
FUNSE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	160	X		ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR AVANZADO	01	2028

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DE SANTANDER	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
SANTANDER	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
6336999	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	14	*Mes*	11	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA, ASESOR	SECRETARIA ADMINISTRATIVA	CALLE 37 10 30

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6336999	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	28	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* - calle 37 10 30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE RECREACION Y DEPORTES - INDERSANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6337000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 30 14 45						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE RECREACION Y DEPORTES - INDERSANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 63552772	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE RECREACION Y DEPORTES - INDERSANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6352772	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CULTURA Y DEPORTE					*DIRECCIÓN* CARRERA 30 14 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE NUTRICION Y ESTETICA NATURAL BIO CARE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6356161	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 37 41 29						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6260141	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	02	*Año* 2011	*Día*	19	*Mes*	07	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* kilometro 1 via puerto berrio						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PETROCASINOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6305878	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	07	*Año* 2010	*Día*	21	*Mes*	11	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL NUTRICIONISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* BUCARAMANGA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NIÑOWS DE PAPEL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6851636	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	04	*Año* 2010	*Día*	20	*Mes*	07	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 48 18 79						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	10
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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

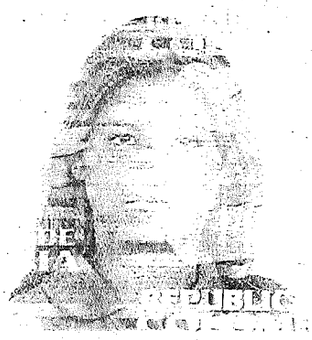
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.388.942

GOMEZ HERNANDEZ
APELLIDOS

DIANA CAROLINA
NOMBRES

Diana Carolina Gomez H
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1987
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

28-DIC-2005 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2500100-57146169-F-1090388942-20060216 07635 06041A 02 205650410

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio

El Carmen Teresiano

Jornada Mañana

Cúcuta - Norte de Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Municipal según

Resolución No. 000547 del 14 de octubre de 2004,

Confiere a

Viana Carolina Gómez Hernández

Identificado(a) con T.I No. 371226-55596 Expedida en Cúcuta

El Título de

Bachiller Académico

Con énfasis en Ciencias Naturales

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Rectora, Secretaria,

Libro No. 01 Folio No. 86 Diploma No. 0-25-T

Dado en Cúcuta, a 3 de Diciembre del año 2004

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Nutricionista-Dietista

A

Diana Carolina Gómez Hernández

C.C. 1.090.388.942 de Cúcuta

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a los 12 días del mes de Marzo de 2010.

DECANATURA DE FACULTAD | RECTORÍA | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1150 del Libro de Diplomas Nº 3 Folio Nº 77
DE LA SEDE DE Bogotá , FACULTAD DE Medicina

0119597

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1117

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 de febrero de 2010 Acta 5

CONSIDERANDO QUE

Diana Carolina Gómez Hernández

C.C. 1.090.388.942 Cúcuta

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Nutricionista - Dietista

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 119597 *consignado en el Registro No.* 1150 del Libro 3 Folio 77

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2010

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

TIPO DE CONTRATO:				CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
CONTRATO No. Y FECHA:				**No. CO1.PCCNTR.4947530 del 15 de mayo de 2023**		
CONTRATISTA:				**DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ**		
Nit o C.C. No.				1090388942		
CONCEPTO:				PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DIETISTA EN LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL, APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER		
VALOR INICIAL				$17,500,000.00		
VALOR ADICIONAL				$3,500,000.00		
ANTICIPO INICIAL (XXX%):				$0.00		
ANTICIPO ADICIONAL (XXX%):				$0.00		
PLAZO INICIAL:				CINCO (5) Meses		
PLAZO ADICIONAL:				1 meses		
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:				Nombre del interventor Numero de contrato y fecha		
Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR				Número de Identificación Tributaria o Cédula		
SUPERVISOR:				WILLIAM GUEVARA FLOREZ Según Acto Administrativo de designación de supervisión del 06 de SEPTIEMBRE de 2023		
FECHA DE INICIACION:				15 de mayo de 2023		
ACTA DE SUSPENSION	No.	No.	No.	ddmmaaaa	ddmmaaaa	ddmmaaaa
ACTA DE REINICIACION:	No.	No.	No.	ddmmaaaa	ddmmaaaa	ddmmaaaa
FECHA DE TERMINACION:				14 de noviembre de 2023		
MUNICIPIO:				Bucaramanga		
OFICINA GESTORA:				SECRETARIA ADMINISTRATIVA		

En Bucaramanga, a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2023 se reunieron, **BALCAZAR CASTAÑO ANDRES FERNANDO**, en calidad de SECRETARIO ADMINISTRATIVO del Departamento y **DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ**, quien comparece en nombre propio como contratista, con el fin de suscribir la presente acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO:

1. Que entre el Departamento de Santander y DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ se celebró el contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **CO1.PCCNTR.4947530** del 15 de mayo de 2023, cuyo objeto es **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DIETISTA EN LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL, APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**.

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato, teniendo en cuenta que se cumplió a cabalidad con el objeto contractual.

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que se verifico por parte del Supervisor William Guevara Flórez el cumplimiento del objeto del contrato, mediante el Acta de recibo final suscrita a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2023.

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de $21,000,000.00 equivalente al 100 % del valor total del contrato.

6. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:

RELACIÓN Y BALANCE

VALOR CONTRATO INICIAL	$17,500,000.00	
VALOR CONTRATO ADICIONAL	$ 3,500,000.00	
ANTICIPO INICIAL		$
ANTICIPO ADICIONAL		$
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 1		$ 3,500,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 2		$ 3,500,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 3		$ 3,500,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 4		$ 3,500,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 5		$ 3,500,000.00
VR. A PAGAR ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION FINAL		$3,500,000.00
SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO		$ 0.oo
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		$ 0.oo
SUMAS IGUALES	**$21,000,000.00**	**$21,000,000.00**

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

RELACION DE PAGOS

Nº COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA (DDMMAAAA)	CONCEPTO (anticipo, desembolsos o actas)	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION
		ANTICIPO INICIAL	$	
		ANTICIPO ADICIONAL	$	
23016465	07-09-2023	PAGO PARCIAL 01	$ 3,500,000.00	UTILIDADES EMPRESAS ESSA REC.BCE
23017686	26-09-2023	PAGO PARCIAL 02	$ 3,500,000.00	UTILIDADES EMPRESAS ESSA REC.BCE
: 23017836	26-09-2023	PAGO PARCIAL 03	$ 3,500,000.00	UTILIDADES EMPRESAS ESSA REC.BCE
23018006	28-09-2023	PAGO PARCIAL 04	$ 3,500,000.00	UTILIDADES EMPRESAS ESSA REC.BCE
23020954	03-11-2023	PAGO PARCIAL 05	$ 3,500,000.00	UTILIDADES EMPRESAS ESSA REC.BCE
EN TRAMITE	EN TRAMITE	PAGO FINAL	$ 3,500,000.00	UTILIDADES EMPRESAS ESSA REC.BCE

8. Reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento: (Se debe anexar copia de la consignación)

SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	FECHA	VALOR $	No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON
VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO		$	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		$	
TOTAL		$	

9. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, teniendo en cuenta la modalidad de este contrato y su cuantía no se exigirán garantías.

10. Que, durante la ejecución del contrato, se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

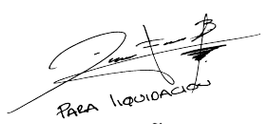
11. Se deja constancia que el servicio objeto de este contrato fue entregado al Departamento, mediante acta de recibo final suscrita a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2023.

ACUERDAN

Dar por liquidado el Contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CO1.PCCNTR.4947530 del 15 de mayo de 2023, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la función de control y vigilancia asignada al Supervisor del contrato, estos declaran: Que una vez la Tesorería del Departamento efectué el ultimo desembolso por valor de ($3,500,000.00) correspondiente al pago del acta final, resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR.4947530 del 15 de mayo de 2023, comprometiéndose la SECRETARIA ADMINISTRATIVA Departamental a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral anterior, a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2023.



BALCAZAR CASTAÑO ANDRES FERNANDO
SECRETARIO ADMINISTRATIVO



WILLIAM GUEVARA FLOREZ
SUPERVISOR



DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ
CONTRATISTA

PROYECTO: DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ

130

	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-JC RG-13
		VERSIÓN	9
		FECHA DE APROBACIÓN	23/05/2016
		PÁGINA	1 de 3

TIPO DE CONTRATO:				CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.		
CONTRATO No. Y FECHA:				CO1.PCCNTR. 3505133 DEL 28/01/2022		
CONTRATISTA:				DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ		
Nit o C.C. No.				1.090.388.942 DE CUCUTA		
CONCEPTO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PROFESIONAL COMO NUTRICIONISTA DIETISTA EN LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL, APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER		
VALOR INICIAL				CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE ($14.000.000=)		
VALOR ADICIONAL				TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($3.500.000=)		
ANTICIPO INICIAL (XXXX %):				NO APLICA		
ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %):				NO APLICA		
PLAZO INICIAL:				CUATRO (04) MESES		
PLAZO ADICIONAL:				UN (01) MES		
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:				NO APLICA		
Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR				NO APLICA		
SUPERVISOR:				ERWING HERMÓGENES CHACÓN JOBEN – 27 ENERO DEL 2022		
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:				NO APLICA		
FECHA DE INICIACION:				29/01/2022		
ACTA DE SUSPENSION	N/ A	N/ A	N/ A	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ACTA DE REINICIACION:	N/ A	N/ A	N/ A	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FECHA DE TERMINACION:				28/06/2022		
MUNICIPIO:				BUCARAMANGA		
OFICINA GESTORA:				SECRETARIA ADMINISTRATIVA		

En Bucaramanga, a los **DIECISIETE (17) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2022** , se reunieron **ANDRES FERNANDO BALCAZAR CASTAÑO** en calidad de SECRETARIO ADMINISTRATIVO del Departamento Y **DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ** , quien comparece en nombre propio como Contratista de la GOBERNACION DE SANTANDER, con el fin de suscribir la presente Acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO:

1. Que, entre el Departamento de Santander **DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ** , se celebró el contrato **No. CO1.PCCNTR. 3505133 DEL 28/01/2022** cuyo objeto es " **PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PROFESIONAL COMO NUTRICIONISTA DIETISTA EN LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL, APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER ".**

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato **No. CO1.PCCNTR. 3505133 DEL 28/01/2022** . Teniendo en cuenta que se cumplió a cabalidad con el objeto contractual.

	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CODIGO	[illegible]
		VERSIÓN	9
		FECHA DE APROBACIÓN	23/05/2016
		PÁGINA	2 de 3

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación de este de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 32 de la ley 1150 del 2007 y el artículo 217 del Decreto Nacional 019 de 2012; así como lo establecido en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007.

4. Que se verifico por parte del Supervisor. el cumplimiento o no del objeto del contrato y/o convenio, mediante el ACTA DE RECIBO FINAL o Informe Final suscrito el día **DIECISIETE (17) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2022 .**

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de **$ 17.500.000** equivalente al **100 %** del valor total del contrato

6. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:

RELACION Y BALANCE

VALOR CONTRATO INICIAL	$14.000.000	
VALOR CONTRATO ADICIONAL	$3.500.000	
ANTICIPO INICIAL		$00.00
ANTICIPO ADICIONAL		$00.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL N° 1		$ 233.333
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL N° 2		$ 3.500.000
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL N° 3		$ 3.500.000
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL N° 4		$ 3.500.000
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL N° 5		$ 3.266.667
VR.A PAGAR ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION FINAL		$ 3.500.000
SUMAS IGUALES	**$ 17.500.000**	**$ 17.500.000**

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

RELACION DE PAGOS

N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA (DDMMAAAA)	CONCEPTO (anticipo, desembolsos o actas)	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION
22005161	22/03/2022	ACTA PARCIAL Nº 1	$ 233.333	ICLD
22007876	19/04/2022	ACTA PARCIAL Nº 2	$ 3.500.000	ICLD
22013453	07/06/2022	ACTA PARCIAL Nº 3	$ 3.500.000	ICLD
22026027	16/11/2022	ACTA PARCIAL Nº 4	$ 3.500.000	ICLD
22026026	16/11/2022	ACTA PARCIAL Nº 5	$ 3.266.667	ICLD
EN TRAMITE	EN TRAMITE	ACTA FINAL	$ 3.500.000	REINTEGROS ICLD REC BCE

8. Reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento: (Se debe anexar copia de la consignación)

SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	FECHA	VALOR $	No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON

VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO	NO APLICA	$00.00	NO APLICA
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	NO APLICA	$00.00	NO APLICA
TOTAL		$00.00	NO APLICA

9. Clausula 6) De conformidad con lo establecido en el articulo 2.2.1.2.1.4.5 del decreto Nacional 1082 de 2015 y de acuerdo con la modalidad de contratación y su cuantía el contrato que se llegue a celebrar estará exento de garantías. Así mismo, según el parágrafo del articulo 48 de la resolución 12629 de 2015, expedida por el Gobernador de Santander, los contratos de prestación de servicios podrán estar exentos de la existencia de garantía única, siempre y cuando en la forma de pago del contrato se establezca mediante mensualidades vencidas previo informe ejecución de la labor a satisfacción de la entidad, expedido por el supervisor del contrato

Nº DE LA POLIZA	CONCEPTO DEL AMPARO	VIGENCIA	
		Desde (DDMMAAAA)	Hasta (DDMMAAAA))
NO APLICA.	NO APLICA.	NO APLICA.	NO APLICA.

10. Que durante la ejecución del contrato, se verifico el cumplimiento o no de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

ACUERDAN

Dar por liquidado el Contrato **No. CO1.PCCNTR. 3505133 DEL 28/01/2022 ,** declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la función de control y vigilancia asignada al **supervisor** del contrato, estos declaran:

Que una vez la Tesorería del Departamento efectué el ultimo desembolso por valor **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($3.500.000=) ,** correspondiente al pago del acta FINAL o informe FINAL, resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato **No. CO1.PCCNTR. 3505133 DEL 28/01/2022 ,** comprometiéndose la **SECRETARIA ADMINISTRATIVA** a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral anterior, a los **DIECISIETE (17) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2022:**

Para liquidación

ANDRES FERNANDO BALCAZAR CASTAÑO
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ
CONTRATISTA

ERWING HERMÓGENES CHACÓN JOBEN
SUPERVISOR

Siempre Santander
GOBERNACIÓN

INDER Santander

LA SUSCRITA P. U ADSCRITA AL AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE RECREACION Y DEPORTES DE SANTANDER-INDERSANTANDER

C E R T I F I C A:

Que la señora **DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1 090 388 942, prestó sus servicios en esta entidad, según Contrato de Prestación de Servicios así

CPS N° **119** de mayo 14 de 2020, por el término de tres (03) meses, contados a partir del 18 de mayo hasta el 17 de agosto de 2020, cuyo objeto es: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA, PARA EL APOYO A LOS DEPORTISTAS QUE LLEVAN EL PROCESO DE LOS XXII JUEGOS NACIONALES Y LOS VI JUEGOS DEPORTIVOS PARANACIONALES 2023

CPS N° **372** de octubre 26 de 2020, por el término de dos (02) meses, contados a partir del 27 de octubre hasta el 26 de diciembre de 2020, cuyo objeto es: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA PARA PREPARAR LOS DEPORTISTAS QUE PARTICIPARAN EN LOS JUEGOS DEPORTIVOS NACIONALES Y PARANACIONALES 2023, EN REPRESENTACION DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

CPS N° **101** de marzo 24 de 2021, por el término de tres (03) meses, contados a partir del 25 de marzo hasta el 24 de junio de 2021, cuyo objeto es: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA, CON EL FIN DE PREPARAR LOS DEPORTISTAS QUE PARTICIPARAN EN LOS JUEGOS DEPORTIVOS NACIONALES Y PARANACIONALES 2023, EN REPRESENTACION DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

Se expide en Bucaramanga, a solicitud del interesado a los treinta (30) días del mes de junio de 2021

Se anexa y anula recibo oficial Nº **2502100267106**, por pago de estampillas departamentales en cumplimiento de la Ordenanza 012/05 y Decreto 005/06.

Atentamente,

MARIA AMPARO CASTELLANOS AMADO
P. U Cod 219 grado 17 Adtiva y Financiera

Elaboro Cristina Ochoa Rueda – Aux Administrativa

Escaneado con CamScanner

CONSTANCIA LABORAL

La suscrita Directora Administrativa del **CENTRO DE NUTRICIÓN Y ESTETICA NATURAL BIO CARE** Nit. 890.754.032-1, hace que constar que la Doctora **DIANA CAROLINA GÓMEZ HERNÁNDEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.090.388.942, presta sus servicios profesionales a éste Centro de Nutrición, desde Octubre 15 de 2012, tiempo durante el cual se ha distinguido por su responsabilidad, ética, moral, idoneidad profesional y un alto sentido de responsabilidad frente a sus compromisos con nuestra Institución.

Durante este período ha desarrollado labores tales como seguimiento personalizado de las necesidades nutricionales de los pacientes y atletas (deportistas) , elaboración de programas nutricionales adaptadas a deportistas, asesoramiento y apoyo nutricional especializado , elaboración de dietas , planes alimenticios y entrenamientos deportivos especializados.

Para constancia, se firma la presente a solicitud de la interesada, hoy a los veintidós (30) días del mes de Abril de Dos Mil Veinte (2020)

Cordialmente,

ZULIMA HERNÁNDEZ QUINTERO
Directora Administrativa
CENTRO DE NUTRICIÓN Y ESTÉTICA NATURAL BIO CARE

San Juan
Nit. 890.204.895-0

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA

CERTIFICA:

Que DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.090.388.942 expedida en Cúcuta. Norte de Santander; celebró Contrato de Prestación de Servicios Profesionales - NUTRICIONISTA- para realizar CAPACTTACION EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ALIMENTACION SALUDABLE A GRUPOS DE LIDERES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO, ASISTENCIA EN SALUD INFANTIL PARA LA REDUCCION DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES PREVALENTES DE LA INFANCIA Y MORTALIDAD INFANTIL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, de acuerdo al Convenio Interadministrativo suscrito entre la ESE Hospital y la Gobernación de Santander, por el término de 05 meses a partir del 14 de Febrero de 2011

Se expide a solicitud de la interesada para trámite de Hoja de Vida , a los 19 días del mes de Julio de 2011

OLGA G. PEREZ MOLINA
Gerente ESE Hospital

Km. 1 Vía Puerto Berrio
Tels. (7) 6260141 / 626033
Cimitarra, Santander

Petrocasinos s.a.
Servimos con Gusto

EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

La señorita **DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.090.388.942, laboro en nuestra empresa desde el dia 30 de Julio de 2010 hasta el 21 de Noviembre de 2010, con un contrato a termino fijo inferior a un año y desempeñando el cargo de **NUTRICIONISTA.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado al séptimo (07) día del mes de Diciembre de 2010.

Cordialmente,

Petrocasinos s.a.
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Ing. FERNANDO DIAZ
Jefe de Recursos Humanos

Carolina Rueda

ASOCIACIÓN niños de papel COLOMBIA

ASOCIACIÓN NIÑOS DE PAPEL
NIT. 800.099.778-9

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ, *identificada con cédula de ciudadanía No 1090.388.942 expedida en Cúcuta (Norte de Santander), laboro en esta empresa desde el día Veinte (20) de Abril hasta el Veinte (20) de Julio de 2010, desempeñándose en el cargo de* ***NUTRICIONISTA - DIETISTA***

Se expide en Bucaramanga a los Veintiuno (21) días del mes de Julio de 2010, por solicitud del interesado.

Cordialmente,

ASOCIACIÓN niños de papel COLOMBIA NIT. 800.099.778-9

BEATRIZ ELENA ARENAS VILLAMIL
Gerente Regional

Proyectado: Julie L

La salud es de todos

Minsalud

COLNUD

Identificación Unica del Talento Humano en Salud

NUTRICIONISTA DIETISTA



DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ

CC 1090388942

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

BOGOTA

Fecha de expedición del diploma **2010-03-12**

Fecha de Inscripción ReTHUS **2010-03-24**

Firma Titular

"Esta Tarjeta es un documento público y se expide de conformidad a la ley 1164 de 2007, el decreto 4192 de 2010 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016." Si es encontrada, favor devolverla al COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS Carrera 15 No 76 – 67 oficina 401 Teléfono 3542322 Bogotá.

Firma Representante Legal

COLNUD-2010

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-14→9:30:37 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1090388942	DIANA	CAROLINA	GOMEZ	HERNANDEZ	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 CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ identificado(a) con CC 1090388942 registra La siguiente información:

2026-01-14→9:30:37 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Nutrición y dietética	2010-03-24		COMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNV	Local	NUTRICION Y DIETETICA	2010-03-24	2933	COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS

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).

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 14 de enero de 2026, a las 19:31:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1090388942
Código de Verificación	109038894226011419311 4

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 288673361

PIB
19:36:48

Bogotá DC, 14 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1090388942:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:42:58 PM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1090388942**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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, 14/01/2026 07:52:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1090388942** y Nombre: **DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ.**

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. **132567145** . 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

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 16:41:21 horas del 24/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1090388942,** Apellidos y Nombres **GOMEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ICBF**, con NIT **899999239-2** 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.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 1090388942 **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 14/01/2026 08:41 PM

Código Verificación: **P4KFTVAUY9**

Válida hasta: **15/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO MÉDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No.1843 de 2025

Código: MDL-FO-06
Versión: 10
Emisión: 2024/02/23

Fecha: 14/1/2026	Tipo de examen:	I	X	P		E		Otro: Cual:		



Nombres y Apellidos: DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ						
Ciudad: Bucaramanga			Departamento: Santander			
Doc. Identidad No: 1090388942			Lugar de expedición: Cucuta			
Edad: 38 años	Sexo:	F	X	M		Cargo: NUTRICIONISTA
Empresa contratante: PARTICULAR						
Empresa usuaria: PARTICULAR						

Realizado el Examen Médico Ocupacional correspondiente, el(la) suscrito(a) médico(a) certifica que el(la) aspirante al cargo de: NUTRICIONISTA Empresa: PARTICULAR

No presenta Restricciones para el desempeño del cargo	X	Presenta Restricción que no limita su labor	
Presenta Restricciones para el desempeño del cargo		Examen Periódico Satisfactorio	
No presenta Restricciones para trabajo en alturas		Examen Periódico con Recomendación	
Presenta Restricciones para trabajo en alturas		Examen de Egreso	
		Aplazado	

Restricciones laborales: SI ☐ NO ☒

Recomendaciones médico-laborales: SI ☒ NO ☐

SEGUIR PROTOCOLOS DE SST. USO DE EPP ADECUADOS AL CARGO. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS ENFOCADAS EN LOS GRUPOS MUSCULARES INVOLUCRADOS DURANTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS.

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Ocupacional con Enfasis Osteomuscular ☒

El trabajador certifica que la información suministrada para efecto de la presente evaluación médica ocupacional es verídica y completa y que asiste de forma voluntaria; y manifiesta su consentimiento para la realización de las pruebas complementarias.

Dr John I Ramirez J.
Medico UIS - RM 13978
Especialista en salud Ocupacional
RM 19410 - CC 91291130

JOHN ISNARDO RAMIREZ JUNIELES
SALUD OCUPACIONAL R.M. 13978
Lic. S.O N° 19410

FIRMA DEL PACIENTE

Se realiza atención al paciente bajo directrices de autocuidado y bioseguridad, indicados por el Ministerio de Protección Social y protocolos de SISOCOL, con todos los elementos de protección personal completos para manejo de riesgo de Covid-19.

Este documento es propiedad de SISOCOL Cabarcas - Carreño S.A.S. No debe ser copiado ni reproducido y/o circulado sin su autorización. Impreso en medio físico este documento se considera COPIA NO CONTROLADA.

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 19410

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y

CONSIDERANDO

Que **JOHN ISNARDO RAMIREZ JUNIELES,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 91291130, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No 17208 de 04/09/2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE

ARTICULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **JOHN ISNARDO RAMIREZ JUNIELES**, MÉDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL con Cédula de Ciudadanía No 91291130, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTICULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTICULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga, a los 22 SEP 2023

GERMAN EDUARDO MARIN CARDENAS
Secretario de Salud Departamental (E)

VoBo: Luis Felipe Tarazona Velásquez - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

NOTIFICACION

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaria de Salud de Santander

Comparece: John Isnardo Ramirez Junieles

Con cédula de ciudadania Número: 91.291.130

Expedida en: 27-Sept 1991 Bucaramanga

Fecha: 5-Octubre 2023

Notificado:

Notificador:

Entrega de licencia: Personal ☑ Autorizado ☐

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502300528013

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Secretaria de Salud Departamental - BUCARAMANGA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre JOHN ISNARDO RAMIREZ JUNIELES
Dirección:

Número: 91291130
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$3.900
PRO DESARROLLO	$1.500
PRO ELECTRIFICACIÓN	$1.900
PRO CULTURA	$3.900
PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR	$1.500
Total Estampillas	**$12.700**
Ordenanza 012	$1.270
Total a Pagar	**$13.970**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141118434471

(415)7707212489984(8020) 000014111843447 1

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	HERNANDEZ	DIANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
NATURAL BODY CARE	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CL 113 32 79

42. Correo electrónico: diana.cgomez@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

16- Obligación facturar por ingresos bienes

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 GOMEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 14-01-2026 09:35:33PM

DOCUMENTO SIN COSTO
DOCUMENTO CERTIFICADO

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	2026-01-23 00:10

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	CAROLINA	GOMEZ	HERNANDEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1090388942

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	CUCUTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

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	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Lugar de sede

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

Dirección	["Avenida carrera 68 No. 64 C - 75"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$25.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$25.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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

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:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Diana Carolina Gomez Hernandez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1090388942,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1090388942
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Carolina Gomez Hernandez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	26/12/1987
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/04/2013
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	375 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/04/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901743966 LOGISTICA Y SOLUCIONES DE COLOMBIA JV SAS Desde 10/11/2025 - Vigente
N.I.T. 901884665 SERVICIOS PROACTIVOS BGA SAS Desde 12/02/2025 Hasta 01/09/2025

Generado por camontejo 14/01/2026

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.388.942**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bucaramanga, 26 de enero de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
Bucaramanga

REFERENCIA: PRESENTACIÓN PROPUESTA

El objeto del contrato es la **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DIETISTA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ASISTENCIALES EN MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 68007552025, SUSCRITO ENTRE EL ICBF REGIONAL SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DEL ICBF"** Acorde con la invitación formulada, presento la siguiente propuesta para la ejecución del objeto antes descrito, según características, alcance, condiciones técnicas y económicas por ustedes exigidas y, en caso de que sea aceptada por la ESE Hospital Universitario de Santander me comprometo a firmar el contrato correspondiente.

Así mismo, **DECLARO**:

- Conozco la información general y demás documentos que conforman el expediente contractual y acepto los requisitos allí contenidos, de igual forma se ha tomado nota cuidadosa de las especificaciones y condiciones de la invitación y se adelantan las indagaciones necesarias para formular una propuesta ajustada a esta.
- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse compromete sólo al firmante de esta carta.
- Bajo la gravedad de juramento que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidades o incompatibilidades señaladas en la Ley, y que no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
- Que en caso de sobrevenir una inhabilidad me haré responsable frente a la entidad contratante y ante terceros por los perjuicios que se ocasionen, y me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita de la entidad contratante o si ello no fuera posible, renunciaré a la ejecución.
- Que no he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha límite para presentar oferta.
- Que si me adjudican el contrato, me comprometo a firmarlo y a suministrar la información en las condiciones y términos señalados por la entidad.
- Que conozco las Leyes de la República de Colombia que rigen esta contratación.
- Que el precio de la propuesta se fija **DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($18.941.394) ,** teniendo en cuenta que el valor de los honorarios mensuales será de **CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE ($4.371.091)** y se tiene como plazo estimado cuatro (04) meses y diez (10) días

1. **LAS CONDICIONES TÉCNICAS DEL OFRECIMIENTO SON LAS**

DESCRITAS A CONTINUACIÓN: PERFIL REQUERIDO

- Declaro bajo la gravedad de juramento que cumplo con los requisitos del perfil requeridos

en el anexo:

ANEXO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO- GTH-PTH-FO-01, Versión 4.

2. **LAS OBLIGACIONES Y DECLARACIONES SON LAS RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:**

Declaro bajo la gravedad de juramento y aceptar las **OBLIGACIONES GENERALES, OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** y manifiesto que cumplo y cumpliré con las **DECLARACIONES DEL CONTRATISTA** relacionadas en los estudios previos, invitación y finalmente las que se acuerden en el contrato que resulte del presente proceso.

MIS DATOS GENERALES SON LOS SIGUIENTES:

Nombre	**DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ**
Dirección	CALLE 113 # 32 – 79 FLORIDABLANCA
C.C	1090388942 DE CUCUTA
Teléfono	3245035616
Correo electrónico	Diana.cgomez87@gmail.com

CON LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO Y EN LA PROPUESTA EN GENERAL ES VERAZ Y AUTÉNTICA, POR LO TANTO, ASUMO TOTAL RESPONSABILIDAD POR EL ALCANCE Y EFECTOS DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA.

Atentamente,

DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ

1090388942 DE CUCUTA

Bucaramanga, 26 de enero de 2026

Señores,
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
gerencia@hus.gov.co
Calle 31#31-50

ASUNTO: Certificado y/o constancia de inhabilidades e incompatibilidades.

Por medio de la presente certifico que quien suscribe no se halla incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011, y las demás normas concordantes o aquellas que las modifiquen o complementen para contratar con la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, con ocasión al proceso de selección adelantado para la **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DIETISTA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ASISTENCIALES EN MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 68007552025, SUSCRITO ENTRE EL ICBF REGIONAL SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DEL ICBF"**

Cordialmente,

DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ
CC. **1090388942 DE CUCUTA**

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de diligenciamiento	Ciudad Bucaramanga	Tipo de Solicitud X Vinculación ☐Actualización

1.INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

Primer apellido: Gomez	Segundo apellido: Hernandez	Nombre(s): Diana Carolina
Género F. x M.	Tipo de Documento C.C. X NIT. ☐ C.E. ☐ Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐Otro ¿Cuál? __ Número: 1090388942	
Fecha de expedición: 28/12/2005	Lugar de expedición: Cúcuta	Fecha de nacimiento: 26/12/1987

Nombre o razón social	NIT	DIV 6
Actividad económica (CIIU Código): 3312		
Teléfono móvil:3245035616	Dirección de residencia: calle 113 # 32 – 79 floridablanca	
Teléfono fijo: 0	Dirección oficina:	

Ciudad Piedecuesta	Departamento Santander	Empresa donde labora
Dirección oficina	Teléfono	Email diana.cgomez87@gmail.com
Ciudad de la empresa Bucaramanga	Tipo de Empresa ☐ Pública X Privada ☐ Mixta Otro ¿Cuál?	

Ingresos mensuales pesos: $2.300.000	Activos (pesos): $20.000.000
Egresos mensuales pesos: $1.500.000	Pasivos (pesos): $0
Otros ingresos mensuales pesos: $0	Patrimonio (pesos): $20.000.000

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más de 10% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación: NA

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Persona natural y / o Jurídica)

Actividad Económica:
Asalariado ☐ Socio ☐ Independiente ☐ Hogar ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

Régimen: Común Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐
No responsable ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐
(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:) OTRO _____

Declarante de renta: Si ☐ No

3. PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (Persona Natural y/o Persona Jurídica)-Valores en Pesos

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si No	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ Si No	
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si No	Indique: A	¿Es servidor público?☐ Si No

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

¿Tiene usted la condición de personas expuesta políticamente? (D.1674/16? ☐ Sí No	Indique: Cargo	Fecha Inicio	Fecha Fin
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? ☐ Si No	Indique: Nombre	Cargo	

¿Es usted representante legal de una organización internacional? ☐ Si No Indique:

¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? ☐ Si No Indique:

Tipo ID	Número ID	Razón Social o nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general?	¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique cual(es)?
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad profesión u oficio del suscrito (persona o compañía) es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a la ESE HUS en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: _____NA_____ y provienen del siguiente país:_____Colombia_____

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ Si
No ¿Cuáles?
☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuáles?

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si No	¿Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ Si No En caso positivo descríbalo a continuación

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Tipo de producto	Identificación o número de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. En Todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del representante legal y original o fotocopia del RUT y certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a treinta (30) días.
2. En caso de ser apoderado, adjuntar el poder.
3. Declaración de renta del último año.

La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT/FPADM.

7. DECLARACIONES

PROTECCIÓN DE DATOS FINANCIEROS Y PERSONALES: Con la suscripción de este documento, autorizo al E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**,** para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

ORIGEN DE LOS RECURSOS: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

Firma
Nombre: DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ
P.P.☐ C.C.X C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1090388942

VERIFICACIÓN		
Hora:	Hora:	Hora:
Nombre del Funcionario Responsable:		
Tipo de Documento	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐	
No. De Documento		
Firma:		
Cargo:		

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Firma: **DEJAR EN BLANCO**	Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Si ☐ No ☐

8. 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 presente documento

_____	
Firma	Huella

9. OBSERVACIONES

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____

Área: _____ Fecha: DD / MM / AA Hora: _____

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la E.S.E HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Elaborado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
1	Diciembre de 2017	Emisión del formato	-	-	-
2	Diciembre de 2021	Actualización de acuerdo a los lineamientos institucionales y a la normatividad vigente.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado Jorge Manuel Durán Jaimes Contratista	John Mauricio Robles Ramírez Subgerente Administrativo y Financiero	Edgar Julián Niño Carrillo Gestión Directiva
3	Octubre de 2022	Se incluye la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, en el encabezado del documento.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado	María Clara Niño Gómez Jefe Oficia Asesora Jurídica	Juan Carlos Supelano Villamizar Subgerente Administrativo y Financiero

Bucaramanga, 26 de enero de 2026

Señores:
E.S.E. Hospital Universitario de Santander
Bucaramanga

Diana Carolina Gomez Hernandez mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.090.388.942 de Cúcuta** manifiesto que una vez perfeccionado el contrato resultante del proceso de selección en cuyo objeto se estableció la **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DIETISTA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ASISTENCIALES EN MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 68007552025, SUSCRITO ENTRE EL ICBF REGIONAL SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DEL ICBF.**

Reportaré la novedad voluntariamente a la ARL correspondiente.

Cordialmente,

DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ
No. 1090388942 DE CUCUTA

CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE INFORMACION DE LA ESE HUS
GJU-ADQ-FO-25, Versión 1
GESTIÓN JURÍDICA

El(los) suscrito(s):
Nombre del representante legal de la entidad proponente: _DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ __
Identificado con cédula de ciudadanía No. ___1090388942__ expedida en ____CUCUTA___, quien actúa en calidad de Representante Legal de la entidad proponente (en adelante EL PROPONENTE), manifiesta de manera expresa su voluntad de asumir de forma unilateral el presente compromiso de confidencialidad, dentro del Proceso No. _____, bajo las siguientes cláusulas y obligaciones:

1. Manejar y custodiar de forma estrictamente confidencial toda la información que le sea entregada o a la que tenga acceso, absteniéndose de utilizarla en beneficio propio o de terceros.
2. Solicitar de manera previa y por escrito la autorización correspondiente ante el Supervisor y/o Interventor del contrato para realizar cualquier publicación o divulgación de la información tratada por la E.S.E HUS.
3. Prevenir cualquier afectación a la integridad, exactitud y totalidad de la información, ya sea parcial o total.
4. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su divulgación no autorizada.
5. Conocer y aplicar las políticas de seguridad de la información y los procedimientos establecidos por la E.S.E HUS para su manejo adecuado.
6. Abstenerse de permitir o facilitar el uso de los sistemas informáticos de la E.S.E HUS a personas no autorizadas por la institución.
7. Garantizar el acceso a la información pública de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de clasificación de la información de la E.S.E HUS.
8. Al finalizar el contrato o en caso de cambio de ejecutor, garantizar que la información no sea borrada, alterada o sustraída, y entregarla en su totalidad al Supervisor del contrato, utilizando el formato GEII-FO-07 ENTREGA DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN.
9. Abstenerse de utilizar los recursos informáticos (hardware, software o datos) y de telecomunicaciones (teléfono, fax, conexiones de red) para actividades no relacionadas directamente con el objeto contractual, tales como descarga de música, juegos, fotografías personales o software no autorizado.
10. Conocer y aplicar la Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y sus normas complementarias en el tratamiento y uso de datos personales a los que tenga acceso en virtud del contrato.
11. Conocer y aplicar la Ley 1273 de 2009, por la cual se modifica el Código Penal, se crea el bien jurídico tutelado denominado “protección de la información y de los datos” y se protegen integralmente los sistemas que utilicen tecnologías de la información y las comunicaciones.
12. Al inicio del contrato, presentar y entregar el inventario de equipos informáticos y la lista del personal que serán utilizados para la ejecución del objeto contractual.
13. Notificar al Supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con el personal (ingresos, retiros o traslados) en un plazo no superior a cinco (5) días.

En constancia de aceptación y compromiso, se firma el presente anexo.

Firma del representante legal: _____ _____

Nombre: ____**DIANA CAROLINA GOMEZ HERNANDEZ**_____
Cédula de ciudadanía: ___**1090388942**_____
Entidad proponente: _____
Fecha: ____**27 DE ENERO 2026**_____

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la ESE HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Elaborado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
1	Agosto de 2025	Creación Formato	Edwin Alexander Acevedo Lizarazo Auxiliar Administrativo	Lina Marcela Moreno Profesional Epscializado III	Yessica Paola Marquez Gutierrez Jefe Oficina Asesora Jurídica

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO