Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Moreno	Mendoza	Diana marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1122138564

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 16 MES 01 AÑO 1996

DEPTO SANTAFE

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 42-10 MZ A CASA 13 BARRIO ALTOS DE LUCIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO ACACIAS

TELÉFONO 3104005613 EMAIL dianamarcelamoreno1996@gmail.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller técnico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2012
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	x		Auxiliar En Enfermería	07	2014	50-16230
TC	4	X		sistema de tratamiento de vertimientos líquidos	11	2012	4579441

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GESTION Y PROCESOS INTEGRALES SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	ACACIAS	gestionyprocesossas@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
656160	DIA 01 MES 01 AÑO 2026	DÍA 30 MES 09 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ANALISTA DE CUENTAQS	FACTURACION	HOSPITAL DE ACACÍAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	x		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	ACACIAS	autorizaciones@hopitaldeacacias

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
656160	DÍA 01 MES 11 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ANALISTA DE CUENTAQS	FACTURACION	HOSPITAL DE ACACIAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GESTION Y PROCESOS INTEGRALES SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	ACACIAS	gestionyprocesossas@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6560160	DÍA 01 MES 08 AÑO 2025	DÍA 31 MES 10 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ANALISTA CUENTAS MEDICAS	FACTURACION	HOSPITAL DE ACACIAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOME CARE DE LA MANO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TAMESIS	ANTIQUIA	sanidad.tamesis@inpec.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3144752214	DÍA 23 MES 08 AÑO 2021	DÍA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFEMERIA	SANIDAD	EPMSC TAMESIS

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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
IPS SANTA BARBARA		x	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	ACACIAS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3112703665	DÍA 23 MES 07 AÑO 2020	DÍA 31 MES 10 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EPMSC VILLAVICENCIO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	sanidad.villavo@inpec.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5945111- EXT 8034	DÍA 05 MES 09 AÑO 2017	DÍA 31 MES 03 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SANIDAD	CENTRO CARCELARIO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	x		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	ACACIAS	autorizaciones@hopitaldeacacias

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6560160	DÍA 15 MES 07 AÑO 2016	DÍA 31 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE AUDITORIA	FACTURACION	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UT UBA – INPEC GRANADA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Granada	epcgranada@inpec.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3006507446	DÍA 12 MES 03 AÑO 2015	DÍA 30 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SANIDAD	CENTRO CARCELARIO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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*
Ingrid Lorena merchán			Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Meta	Acacias	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3132723630	DÍA 11 MES 07 AÑO 2014	DÍA 02 MES 02 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	INDEPENDIENTE	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Auxiliar de enfermería	5	6
Auxiliar de auditoría y facturación	2	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (x) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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).

cc 1122138564

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-09-28 11:59

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	MARCELA	MORENO	MENDOZA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1122138564

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	ACACÍAS

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 MUNICIPAL DE ACACIAS

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	ACACÍAS

Dirección	["DIAGONAL 15 No 26-21 SAN JOSE"]
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	$10.654.164,00
Cesantías e intereses de cesantías	$418.051,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$4.606.000,00
Otros ingresos y rentas	$777.938,00
TOTAL	$16.456.153,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	META	ACACÍAS	$6.000.000,00

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:

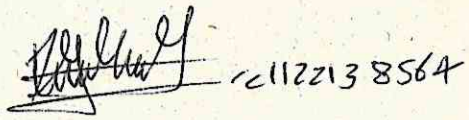
Nombre entidad	Valor

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:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.138.564

MORENO MENDOZA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

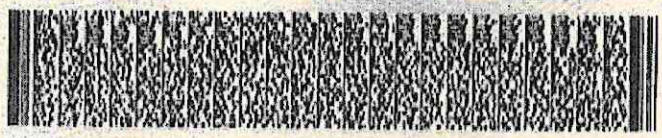
O+ G.S. RH

F SEXO

10-FEB-2014 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-5200500-00562606-F-1122138564-20140411 0037901671A 2 40607053

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141214763742

(415)7707212489984(8020) 000014121476374 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 2 1 3 8 5 6 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Acacías 0 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	MENDOZA	DIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Acacías 0 0 6

41. Dirección principal: CR 42 10 MZ A CA 13 BRR ALTOS DE LUCIA

42. Correo electrónico: dianamarcelamoreno1996@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 0 7 0 5	8 2 9 9	2 0 1 4 0 7 0 5					

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
4 9																									

53. Código: 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-10-14 / 03:53:45PM

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 MORENO MENDOZA DIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 27-09-2026 07:55:36PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

Y en su nombre

La Institución Educativa

María Montessori

Acacías - Meta
Institución oficial aprobada mediante Resolución No. 5093 del 13 de Noviembre de 2012
Emanada por la Secretaría de Educación Departamental del Meta
Nit: 823000098 - 3 Dane: 150006000314

Confiere a:

Diana Marcela Moreno Mendoza

Identificado(a) con 1121602590

El Título de:

Bachiller Técnico

en Operación de Sistemas de Tratamiento de Hidrocarburos Líquidos

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica y según lo estipulado por la Ley 115 de 1994 y los decretos 1860 de agosto de 1994 y demás normas reglamentarias.

Mgr. Alexander Silva Quevedo
C.C. No. 3.272.484 de Acacías - Meta
Rector

Luz Marina Duarte de Agudelo
C.C. No. 37.915.835 de Barrancabermeja
Secretaria

Anotado al folio No. 43 del libro de Registro de Diplomas No.01
Acta General de Graduación No. 011
Dado en Acacías - Meta, a los 30 días del mes de Noviembre de 2012

No requiere registro de la Secretaría de Educación según decreto 921 del 06 de Mayo de 1994, y 2150 del 05 de diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Institución Educativa
María Montessori
Autorizada por la Secretaría de Educación del Meta
según resolución No. 5003 del 13 de Noviembre de 2012

Nit: 822000988 - 3
Dane: 150006000314

Acta Individual de Grado

En el Municipio de Acacias - Meta, a los 30 días del mes de Noviembre de 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiante que aprobaron satisfactoriamente el grado 11 de Educación Media Académica y Técnica, los suscritos Mgr. ALEXANDER SILVA QUEVEDO (Rector) y LUZ MARINA DUARTE DE AGUDELO (Secretaría) de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARÍA MONTESSORI, Institución autorizada por la Secretaría de Educación del Meta mediante Resolución No. 5003 del 13 de Noviembre de 2012, para otorgar los Títulos de BACHILLER en la Modalidad ACADÉMICA, TÉCNICA EN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO Y DEL AMBIENTE y TÉCNICO EN OPERACIÓN DE SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE VERTIMIENTOS LIQUIDOS.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el

TITULO DE:
BACHILLER TÉCNICO
EN OPERACIÓN DE SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE VERTIMIENTOS LÍQUIDOS

Al estudiante cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Diana Marcela Moreno Mendoza

Identificado(a) con _____

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 11 del 30 de Noviembre de 2012 que consta de 15 estudiantes, comienza con el nombre de AGUIAR NEIRA ERIKA DAYANA y cierra con el nombre de VILLAR HERNÁNDEZ ANGIE LORENA.

Firmada por Mgr. ALEXANDER SILVA QUEVEDO (Rector) y LUZ MARINA DUARTE DE AGUDELO (Secretaría).

Dada en Acacias Meta, el 30 de Noviembre de 2012

Mgr. Alexander Silva Quevedo
C.C. No. 3.272.484 de Acacías - Meta
Rector

Luz Marina Duarte de Agudelo
C.C. No. 37.915.855 de Barrancabermeja
Secretaría

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA

ACUERDO 0152 DE 2010 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
APROBADO MEDIANTE RESOLUCION No. 2123 DE 2009 Y 4660 DEL 16 DE JUNIO DE 2010
SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DEL META

Confiere a:

Diana Marcela Moreno Mendoza

Identificado(a) con C.C. No. 1.122.138.564 de Acacías

Certificado de Técnico Laboral por Competencia en:

Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios Correspondientes al programa de Auxiliar en Enfermeria con una duracion de 1800 horas y haber cumplido todos los requisitos de promoción adoptados por la Institucion de Educacion para el Trabajo y el Desarrollo Humano en su proyecto educativo institucional, de acuerdo con las Leyes y las Normas reglamentarias Educativas Vigentes

SONIA SILVA ALDANA
C.C. 1.121.830.907de Villavicencio
Rectora

GERMAN ACOSTA ALVARADO
C.C. 86.087.725 de Villavicencio
Coordinador Académico

RUBIELA ALDANA AHUMADA
C.C. 21.178.417 de Acacías
Secretaría General

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y EL DESARROLLO HUMANO

SANTA MARIA

ACACIAS - META

ACUERDO 0152 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 2123 DE 2009 Y 4660 DEL 16 DE JUNIO DE 2010
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL META

ACTA DE GRADO No. 22

En Acacías (Meta), a los cinco (5) días del mes de Julio de 2014, se reunieron las directivas de la INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA, con el fin de formalizar la graduación del (la) alumno (a):

Diana Marcela Moreno Mendoza

Identificado(a) con C.C. No. 1.122.138.564 de Acacias

Quien cursó y aprobó las asignaturas correspondientes del programa de Auxiliar en Enfermería, y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por los reglamentos de la Institución para otorgar el TITULO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar en Enfermería

En nombre y representación de la INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA, La Rectora hizo entrega del diploma correspondiente, en presencia del Coordinador Académico y de la Secretaría General.

Dada en Acacías (Meta), a los cinco (5) días del mes de Julio de 2014.

SONIA SILVA ALDANA
RECTORA

GERMAN ACOSTA ALVARADO
COORDINADOR ACADEMICO

RUBIELA ALDANA AHUMADA
SECRETARIA GENERAL



www.systemcard.com.co

Secretario de Salud del Meta

"El Secretario de Salud del Meta
hace constar que el portador de este carné cumplió con los
requisitos legales para ejercer la profesión"

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA

Con Documento de Identidad No 1122138564

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FACTURACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 25 DE OCTUBRE DE 2025

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020251025

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 251018A-548230

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.122.138.564

Cursó y aprobó la acción de Formación

INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Acacias, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JOSE TOBIAS CHISCO RUIZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOSE TOBIAS CHISCO RUIZ
Subdirector
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

41061878 - 28/11/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001343208CC1122138564C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.122.138.564

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO BÁSICO DE HERRAMIENTAS OFIMATICAS I

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Acacias, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JOSE TOBIAS CHISCO RUIZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOSE TOBIAS CHISCO RUIZ
Subdirector
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

40582830 - 28/11/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001329168CC1122138564C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.122.138.564

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Granada, a los diecinueve (19) días del mes de enero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Bertha Lucia Ramirez Parra
Subdirectora de Centro
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

33205765 - 19/01/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9117001117341CC1122138564C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.122.138.564

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORGANIZACION DE ARCHIVOS DE GESTION.

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Granada, a los diecinueve (19) dias del mes de enero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Bertha Lucia Ramirez Parra
Subdirectora de Centro
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

33347340 - 19/01/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9117001122143CC1122138564C.

GESTION Y PROCESOS INTEGRALES SAS
NIT. 900447343-5

Primavera Urbana Centro Comercial y Empresarial Oficina 707
Calle 15 No. 40-01 Tel. 67401-3114820895
gestionyprocesossas@yahoo.com.co
Villavicencio – Meta

CONSTANCIA DE TRABAJO

El suscrito Representante Legal de **GESTIÓN Y PROCESOS INTEGRALES S.A.S**, con NIT. 900.447.343-5, hace constar que el (la) Señor(a) **MORENO MENDOZA DIANA MARCELA,** identificado(a) con la C.C. **No. 1122138564**, laboró para esta empresa mediante contrato de **TRABAJO-OBRA O LABOR DETERMINADA** desde el **1 DE ENERO DE 2026** hasta el **30 DE SEPTIEMBRE DE 2026,** desarrollando la actividad de **SUBPROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS Y VALIDACIÓN RIPS.**

La presente constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Villavicencio, a los (30) días del mes de Septiembre de 2026, con destino **A QUIEN CORRESPONDA**.

ALIX CELINA SANCHEZ MEJIA
Representante Legal

GESTION & PROCESOS INTEGRALES SAS
NIT. 900447343-5

Primavera Urbana Centro Comercial y Empresarial Oficina 707
Calle 15 No. 40-01 Tel. 6740121-6740122
gestionyprocesossas@yahoo.com.co
Villavicencio – Meta

CONSTANCIA DE TRABAJO

El suscrito Representante Legal de la Empresa **GESTIÓN Y PROCESOS INTEGRALES S.A.S**, con NIT. 900.447.343-5, hace constar que el (la) Señor(a) **MORENO MENDOZA DIANA MARCELA** identificado(a) con la C.C. **No. 1122138564** laboró para esta empresa mediante contrato de **TRABAJO-OBRA O LABOR DETERMINADA** desde **1 DE AGOSTO DE 2025** hasta el **31 DE OCTUBRE DE 2025,** desarrollando la actividad de **FACTURADOR CONSULTA EXTERNA.**

La presente constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Villavicencio, a los (31) días del mes de Octubre de 2025, con destino **A QUIEN CORRESPONDA.**

ALIX CELINA SANCHEZ MEJIA
Representante Legal

ACTUANDO CON EFICIENCIA Y CALIDAD

Diana marcela moreno Mendoza

IPS HOME CARE DE LA MANO S.A.S	IPS HOMECARE DE LA MANO S.A.S.		Código:	P-GPP-12
	Proceso:	DOCUMENTO INTERNO	Versión:	01
	Nombre del documento:	PROYECTO INPEC	Fecha:	22/12/2021

La suscrita representante de la empresa ***IPS HOMECARE DE LA MANO CERTIFICA:***

Que la señora DIANA MARCELA MORENO MENDOZA, Identificada con Cedula de Ciudadanía N°1122.138.564, laboró para nuestra empresa desde el día 23 de agosto hastaal 30 de noviembre de 2021 con un contrato por prestación de servicios, desempeñando elcargo de Auxiliar de Enfermería, para el centro penitenciario **EPMSC** del Municipio de Támesis.

Certificación que se expide por solicitud de la parte interesada en Santander de Quilichao (Cauca) a los 22 días del mes de diciembre del año 2021.

Cordialmente,

LISET BRICEÑO TERRANOVA
Representante Legal

IPS HOMECARE DE LA MANO

Dirección: Calle 7 # 9-106 Santander de Quilichao Cauca
Celular: 3134858052 3104135312 - Correo:
homecaredelamano78@gmail.com

La mejor atención sensible y humanizada

Diana marcela moreno Mendoza

Centro de Especialistas
Santa Barbara, I.P.S.
NIT 900051899 - 7

LA SUSCRITA COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y GESTION HUMANA

HACE CONSTAR

Que la Señorita **DIANA MARCELA MORENO MENDOZA** , identificada con cédula de ciudadanía número 1.122.138.564, está vinculada en esta empresa con un contrato laboral a término indefinido, desde el veinticinco (25) de junio de 2020 hasta el 31 de octubre de 2020, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** Devengando actualmente un salario de UN MILLON NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($1.091.800.oo) M/cte.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado con destino a: **TRAMITE PERSONALES,** a los once (11) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020), en la ciudad de Acacias (Meta).

Atentamente,

Centro Integral de Especialistas
Santa Barbara I.P.S.
NIT 900051899 -7
Cra. 38 No. 36-30 Barzal Tel: 6848497
Cel 313 851 7542 - 313 332 2737

LILIANA ASTRID CASTELLANOS TORRES

NIT. 900.051.899-7

Copia: Hoja de Vida
Valido original con sello.

Diana marcela moreno Mendoza

Consorcio
Fondo de Atención en Salud PPL

EL SUSCRITO GERENTE DEL CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL –

2019 CERTIFICA

Que el CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2019 con Nit. 901.269.499-5, actuando como vocero y administrador del **PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL EN SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD** conforme a lo establecido en el Contrato de Fiducia Mercantil No. 145 de 2019, celebró las órdenes de prestación de servicios, así:

CONTRATISTA: **DIANA MARCELA MORENO MENDOZA**
CÉDULA: **1122138564**

"OBJETO: EL CONTRATISTA se compromete a prestar sus servicios profesionales como AUXILIAR DE ENFERMERIA con plena autonomía técnica y administrativa para proveer servicios de salud a las personas privadas de la libertad recluidas en el EPMSC VILLAVICENCIO, hasta por 192 horas mensuales, acorde con la disponibilidad de áreas físicas, las necesidades de salud de la población objeto del contrato y dentro de los estándares de calidad de atención en salud, y de acuerdo con la oferta presentada y aceptada por el profesional, la cual hace parte integral de la presente orden de prestación de servicio..."

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	VALOR CONTRATO
59940-1061-2017	5 de septiembre de 2017	5 de abril de 2020	$ 69.181.146

Lo anterior, sin perjuicio que la orden de prestación de servicios se pueda dar por terminada con fundamento en las cláusulas previstas para tal fin o por mutuo acuerdo entre las partes.

La presente certificación se expide a los (11) días del mes de junio de 2020, a solicitud del Contratista y tiene una vigencia de 30 días.

Para verificar la información aquí contenida por favor escribir al correo electrónico t_jrache@fiduprevisora.com.co.

MAURICIO IREGUI TARQUINO
Gerente Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019.
Como vocero y administrador del Fondo Nacional En Salud De Las Personas Privadas De La Libertad.

Diana marcela moreno Mendoza

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E Nuestro mayor compromiso su salud	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4 Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Telefax (8) 6560160 Acacias – Meta		
	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL- CONTRATACION		
	CERTIFICACION DE CONTRATOS		
	Fecha: 16/06/2017	Código:	Versión:

CERTIFICA QUE:

Verificados los archivos que reposan en la oficina de contratación, la señora **DIANA MARCELA MORENO MENDOZA**, identificada con la cedula de ciudadanía 1.122.138.564 de Acacias (Meta) y el Hospital Municipal de Acacias E.S.E., celebraron los contratos que se relaciona a continuación:

OBJETO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE AUDITORIA Y FACTURACION			
No. CONTRATO	**FECHA DE SUSCRIPCION**	**VALOR**	**TIEMPO**
460 de 2016	01 de agosto de 2016	$1.030.000	1 mes
548 de 2016	01 de septiembre de 2016	$4.120.000	4 meses
062 de 2017	02 de enero de 2017	$2.060.000	1 mes y 27 días
240 de 2017	01 de marzo de 2017	$4.120.000	4 meses
447 de 2017	01 de julio de 2017	$3.090.000	3 meses

SE REALIZA TERMINACION BILATERAL A PARTIR DE LA FECHA DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 20174

NOTA: *Es de aclarar que las actividades que ejecuta **EL CONTRATISTA**, en desarrollo de los contratos mencionados anteriormente, no genera relación laboral, ni prestaciones sociales, ni cumple con los preceptos jurídicos para la configuración de un contrato laboral, por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2° Numeral 3° del artículo 32 de la ley 80 de 1993.*

PARÁGRAFO: *En cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.*

Dada en Acacias (Meta), a solicitud del interesado a los 12 días del mes de septiembre de 2017.

NUBIA ESPERANZA TORRES ROJAS
Gerente

Elaboro Claudia B

Nuestro mayor compromiso, su Salud

Diana marcela moreno Mendoza

INPEC
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

EL JEFE DE TALENTO HUMANO DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE GRANADA

H A C E C O N S T A R QUE:

El señorita **DIANA MARCELA MENDOZA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.122.138.564 Acacias (Meta), labora en la Empresa Union Temporal UBAINPEC con contrato de prestación de servicios desde el 16 de Marzo de 2015 hasta el 30 noviembre del 2015, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA con una asigancion mensual de MILLON SETENCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($ 1.792.000.oo).

Se expide en Granada a los catorce (14) días del mes de Enero de 2016, a solicitud del interesado.

YULIZA HUERTAS DIAZ
Jefe de Talento Humano EPMSC Granada

Elaborado por: Yuliza Huertas Diaz
Archivo: escritorio/Direccion/oficios 2016/formatos/constancia

MinJusticia

PROSPERIDAD PARA TODOS

Confirmación de la novedad

Proceso exitoso.

Su novedad como cotizante independiente se ha reportado de manera exitosa. Usted recibirá un correo electrónico con las instrucciones para consultar el ddetalle de la novedad realizada bajo el número 014CC1122138564280920261410000009

Finalizar

Buzón de novedades

Número de novedad	Funcionalidad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado
014CC1122138564280920261410000009	Afiliación al régimen contributivo como independiente	2026-09-28	Contributivo	Cotizante

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	1122138564	Diana Marcela Moreno Mendoza	1996-01-16	Mujer

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Grupo sanguíneo
Meta	Acacías	altos de lucia	Urbana - Cabecera municipal	carrera 42-10 mz a casa 13	Ninguno	Ninguno	O Positivo (+)

Datos básicos del empleador — Fecha efectividad: 2026-10-01

Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC	Estado de la novedad
CC	1122138564	DIANA MORENO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	1750905	Relación laboral confirmada

EPS	IPS
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS

Reporte de Novedades a la BDUA

Novedades del Cotizante o Cabeza de Familia - CC1122138564 diana marcela moreno mendoza reportadas a la BDUA

Funcionalidad	Fecha efectividad de la novedad	Estado	Fecha Actualización de Datos	Fecha de Reporte a la BDUA	Archivo / Novedad	Detalle
Afiliación al régimen contributivo como independiente	2026-10-01	Pendiente enviar a BDUA	-	-	N06	-

Aceptar **Volver**

Salud
VIGILADO Supersalud
Ministerio de Salud y Protección Social. Términos y condiciones de uso.
Última actualización: Jueves, 15 de Marzo de 2018

cc. 1122138564

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.138.564**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

cc. 1122138564

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.

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 domingo 27 de septiembre de 2026, a las 20:12:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122138564
Código de Verificación	1122138564260927201216

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.

cc. 1122138564

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303794676

PIB
20:34:31

Bogotá DC, 27 de septiembre 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 MARCELA MORENO MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122138564:

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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

cc. 1122138564

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:35:44 PM horas del 27/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1122138564**

Apellidos y Nombres: **MORENO MENDOZA DIANA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

c.c. 1122138564

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.

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, 27/09/2026 08:37:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1122138564** y Nombre: **DIANA MARCELA MORENO MENDOZA.**

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. **148491498** . 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

cc. 1122138564

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 20:38:31 horas del 27/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1122138564,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS** , con NIT **892000264-4** 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

cc. 1122138564

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 1122138564 **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 29/09/2026 07:16 AM

Código Verificación: **1CKEZ8JFYL**

Válida hasta: **29/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

cc. 1122138564

SERVICIOS GENERALES DE SALUD OCUPACIONAL
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
MACONDO S.A.S
ACACIAS

NIT: 900839534-8
Dir: Carrera 17 # 12-02 Esquina. Barrio Centro
Cel: 315 487 6633
Correo: so.macondo.sas@gmail.com
Acacias, Meta

Código:	SGM-SST-CMO-001
Versión:	001
Fecha:	ENERO-01-2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.252

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	10 MES	2025 AÑO	ACACÍAS (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MORENO MENDOZA DIANA MARCELA	Genero	Edad	Hemoclasificación	Documento de Identificación	
	FEMENINO	29 AÑOS	O +	CC	1122138564
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE FACTURACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *CLINICAMENTE SANA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Dra. Claudia Diazgranados F. Especialista en Gerencia y Seguridad y Salud en el Trabajo FUAA Resolución 9755 / 2025	
Firma:	**Firma:**
Nombre: CC: 57460961 - CLAUDIA YOLIMA DIAZGRANADOS	**Nombre:** MORENO MENDOZA DIANA MARCELA
R. M.: 50 9590 **L.S.O.:** 9755/2025	**CC:** 1122138564

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA MARCELA MORENO MENDOZA Identificado con CC 1122138564

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina GRANADA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24051685917
Fecha de apertura:	17 de Marzo de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 27 de Septiembre de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 28/09/2026

Señores
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

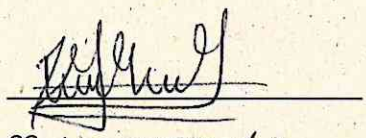
Bajo la gravedad de Juramento YO, Diana Marcela Moreno Mendoza mayor de edad Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1122138564, expedida en Acacias (Meta)

CERTIFICO:

Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de procesos de alimentos, de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, articulo 127 de la Constitución Nacional, articulo 18 de la Ley 1150 del 2007, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,



CC. 1122138564

El presente documento no requiere ningún otro tipo de formalidad de conformidad a lo inserto en el artículo 25 de la ley 962 de 2005 modificado por el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012.

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
NIT. 892.000.264 – 4
PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024	Código: PE-SP1-FR-06	Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

I. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MORENO	MENDOZA	DIANA	MARCELA

fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Departamento
16 / 01 / 1996	BOGOTA	CUNDINAMARCA

Sexo: F [X] M [ ] | Tipo de Identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] | Número de Identificación: 1122138564

fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Departamento
10 / 02 / 2014	ACACIAS	META

Nivel Educativo
Primaria [ ] Tecnológico [ ]
Secundaria [ ] Universitario [ ]
Técnico [X] Especialización [ ]

Ocupación
Empleado [ ]
Independiente [X]
Pensionado [ ]

Profesión/oficio	Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad	Nit
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS	892000264

Tipo de Empresa	Cargo/Actividad	Antigüedad (años)	Pasatiempo
PUBLICA	ANALISTA DE CUENTAS	1	PASEAR

Por su cargo o actividad administra recursos públicos? SI [ ] NO [X]
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público? SI [ ] NO [X]
Tiene vinculos familiares o parentesco con Persona Públicamente expuesta? SI [ ] NO [X]
Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general? SI [ ] NO [X]

Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:

Tipo de Vivienda
Propia [ ] Familiar [ ]
Arrendada [X] Estrato ____

Nombre del Arrendador	Teléfono	Si la vivienda es arrendada Antigüedad (Años)
ALCIDES ROJAS	3202198980	1 ANO

Estado Civil
Soltero [X]
Casado [ ] Divorciado [ ]
Unión Libre [ ] Viudo [ ]

Tiene Hijos? SI [X] NO [ ]
Número de Hijos: 1

Número de personas a cargo: 2

Datos básicos del cónyuge: Nombre: ____ Identificación: ____ Teléfono: ____

2. Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Departamento
CRA 42-10 MZ A CS 13	ALTOS DE LUCIA	ACACIAS	META

E-mail Personal	Teléfono	Celular
dianamarcelamoreno1996@gmail.com		3104005613

Dirección Oficina	Barrio	Ciudad	Departamento
DG 15 N 26-21	SAN JOSE	ACACIAS	META

E-mail Oficina	Teléfono	Celular
autorizaciones@hospitaldeacacias.gov.co	6560160	

Envío de Correspondencia Residencia [X] Oficina [ ] Otra Cuál?

3. Datos Tributari

Responsable de IVA
Común [ ]
Simplificado [ ]
No Aplica [X]

Tipo de Retención
Sujero a retención [X]
Retención especial [ ]

4. Referencias

Referencia Financiera
Nombre de la Entidad: BANCO CAJA SOCIAL
Ciudad: ACACIAS | Departamento: META
Clase de producto o número de la cuenta: CUENTA DE AHORROS

Personal/Familiar
Nombre: SONIA MENDOZA
Parentesco: MAMA
Ciudad: ACACIAS | Departamento: META
Dirección: CRA 42-10 MZ A CS 13
Teléfono: 3134678687

5. Operaciones Internacionale

Realiza operaciones en moneda extranjera SI [ ] NO [X]

Tipo de Operaciones que normalmente realiza:
Importaciones [ ] Pago servicios [ ] Inversiones [ ]
Exportaciones [ ] Prestamos [ ] Ingresos por donaciones [ ]
Transferencias [ ] Cambio divisas [ ] Otros ____

Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera SI [ ] NO [X]
Tipo de producto ____
Identificación del Producto ____
Entidad ____
Ciudad ____
País ____
Moneda ____ Monto ____

6. Información Financiera

Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Por actividad principal	1,953,895	Cuotas Préstamos	700,000
*Otros Ingresos	500,000	Gastos de Sostenimiento	1,100,000
		Otros Gastos	500,000
Total Ingresos Mensuales	2.453.895	Total Egresos Mensuales	2,300,000

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio
6,000,000	1,000,000	5,000,000

*Explique Otros Ingresos

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACION DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresanto que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)
- Por desempeñar actividades en el area de facturación en el Hospital Municipal de Acacias
2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilicita
3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efecturaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE** para:

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constacia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.
2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgoo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.
3. Suministrar esta información a cualqueirda de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.
4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el amacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.
5. Que recolecten y entreguen la ifnormación tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencioandas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean apliables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similaes por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACIO

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es verza y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes rqueridos.

Firma
Nombre Diana Marcela Moreno
Documento 1122138564



Huella indice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificacón de la Información

fecha

Nombre del Funcionario _____

Cargo: _____

Firma _____

Resultado de la verificación:

_____

_____

_____

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Búsqueda en la lista de sanciones

Lista de Nacionales Especialmente Designados y Personas Bloqueadas ("Lista SDN") y todas las demás listas de sanciones administradas por la OFAC, incluyendo la Lista de Evasores de Sanciones Extranjeros, la Lista de la Ley de Sanciones a Irán No SDN, la Lista de Identificaciones de Sanciones Sectoriales, la Lista de Instituciones Financieras Extranjeras Sujetas a Sanciones de Cuentas Corresponsales o Cuentas Pagaderas a Través de, y la Lista del Consejo Legislativo Palestino No SDN. Dado el número de listas que ahora residen en la herramienta de Búsqueda de Listas de Sanciones, se recomienda encarecidamente que los usuarios presten mucha atención a los códigos de programa asociados con cada registro devuelto. Estos códigos de programa indican cómo debe tratarse una coincidencia real en un valor devuelto. La herramienta de Búsqueda de Listas de Sanciones utiliza la coincidencia aproximada de cadenas para identificar posibles coincidencias entre cadenas de palabras o caracteres ingresadas en la Búsqueda de Listas de Sanciones, y cualquier nombre o componente de nombre tal como aparece en la Lista SDN y/o las diversas otras listas de sanciones. La función de búsqueda en la lista de sanciones incluye una barra deslizante que permite establecer un umbral (es decir, un nivel de confianza) para la similitud de cualquier posible coincidencia obtenida en la búsqueda del usuario. Esta función detectará errores ortográficos u otros textos introducidos incorrectamente y devolverá coincidencias cercanas, según el nivel de confianza establecido por el usuario mediante la barra deslizante. La OFAC no ofrece recomendaciones sobre la idoneidad de ningún nivel de confianza específico. La búsqueda en la lista de sanciones es una herramienta que se ofrece para ayudar a los usuarios a utilizar la Lista SDN y/o las demás listas de sanciones; su uso no sustituye la debida diligencia. El uso de esta función no limita la responsabilidad penal ni civil por ningún acto realizado como resultado de dicho uso o basándose en él.

Descarga la lista SDN | Búsqueda en la lista de sanciones: Reglas de uso | Visite el sitio web de la OFAC

Descargue la lista consolidada de entidades no pertenecientes a la SDN. | Clave de código del programa

Buscar

Tipo:	Todo	**DIRECCIÓN:**	
Nombre:		**Ciudad:**	
Número de identificación / Dirección de moneda digital:	1122138564	**Estado/Provincia:***	
Programa:	Todo 561-Relacionado BALCANES BALCANES-EO14033	**País:**	Todo
		Lista:	Todo
Puntuación mínima del nombre:	100		Reiniciar búsqueda

Resultados de la búsqueda: 0 encontrados

Nombre	DIRECCIÓN	Tipo	Programa(s)	Lista	Puntaje
Su búsqueda no ha arrojado ningún resultado.					

* Los estados de EE. UU. aparecen abreviados en las listas SDN y Non-SDN. Para buscar un estado específico de EE. UU., utilice la abreviatura de dos letras del Servicio Postal de EE. UU.

Última actualización de la lista SDN: 23/09/2026 10:07:28
Lista de dispositivos no pertenecientes a SDN actualizada por última vez el 14/09/2026 a las 14:35:42.

Verificado: Katerin Yiseth Omaza Rivera
Contratación CPS
29/09/2026.

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Cargo	ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS
Título	
Nombre	DIANA MARCELA
Apellidos	MORENO MENDOZA
Fecha de Nacimiento	16/01/1996 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí ◉ No
Nombre y apellido	DIANA MARCELA MORENO MENDOZA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1122138564
Dirección	CARRERA 42 -10 MZ A CASA 13 BARRIO ALTOS DE LUCIA
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Acacías
País	COLOMBIA
Correo electrónico	marcelamoreno1625@gmail.com
Teléfono	
Celular	3104005613

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3104005613
SMS para recuperar la contraseña	3104005613

Editar

REGISTRO DE PROVEEDORES

Se ha Registrado Tu Respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4		
	PROCESOS TRANSVERSALES		
	FORMATO ACTA GENERAL		
	Fecha: 05/04/2024	Código: HMA-FR-07	Versión: 04

ACTA DE REINDUCION, SOCIALIZACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA AL PERSONAL DE LA PLANTA GLOBAL DEL HMA E.S.E. COMO PROCESO DE INDUCCION Y REINDUCCION CODIGO DE INTEGRALIDAD VALORES (Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia, Honestidad). PROGRAMA DE HUMANIZACION – POLIITICAS INSTITUCIONALES – SOCIALIZACION DE PLANES DE TALENTO HUMANO (Plan Incentivos y bienestar social-Plan de Capacitación-Plan de Recursos -Plan de vacantes, Plan estratégico talento Humano) CODIGO ETICA Y BUEN GOBIERNO, Fecha Inducción: 20/10/2026- Servidor Público DIANA MARCELA MORENO MENDOZA CC. 1122138564 fecha vinculación: 01/10/2026. correo: dianamarcelamoreno1996@gmail.com

FECHA: 20/oct/2026

CEDULA: 1122138564

NOMBRE VINCULADO: Diana Marcela Moreno Mendoza

Declaro haber recibido la inducción y re inducción dirigida a reorientar la integración del empleado a la cultura organización en virtud de los cambios producidos en el modelo de atención, cambios en las funciones o dependencias donde desarrollo mis funciones como: AUX. RADICADOR, donde fueron explicadas de manera clara y precisa los siguientes temas:

REINDUCCION GENERAL

- [x] Misión, Visión y Objetivos
- [x] Principios y valores Corporativos
- [x] Cultura organizacional en la entidad
- [x] Buenas prácticas de gestión ambiental
- [x] Reglamento Interno de Higiene y seguridad
- [x] Manual del talento humano
- [x] Planes Talento Humano (estratégico, bienestar, recursos,
- [x] Ley de acoso laboral 1010/2006
- [x] Código de Ética y Buen Gobierno
- [x] Reseña Histórica Institucional
- [x] Código de Integralidad valores, respeto, diligencia, justica, compromiso, honestidad.
- [x] Política de calidad
- [x] Manual sarlaf
- [x] Plan eficiencia administrativa y cero papeles
- [x] Gestión documental
- [x] Programa de Humanización
- [x] Órganos de administración y dirección
- [x] Comités Institucionales existentes
- [x] Normas y Faltas Disciplinarias LEY 1952 28/01/2019.

INDUCCIÓN DEL AREA DONDE DESARROLLA LA ACTIVIDAD

- [x] Responsabilidades del Contrato
- [x] Área donde desarrolla las actividades
- [x] Entrega de Actividades
- [x] Presentación a Compañeros

Nombre / Firma del colaborador

Nombre / Responsable de la Inducción.