

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDIVELSO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DIAZ	NOMBRES DIANA MILENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52468234	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		

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 BACHILLER EN SALUD Y NUTRICIÓN			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1º.	2º.	3º.	4º.	5º.	6º.	7º.	8º.	9º.	10º.	11º.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1997

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN		10	2013	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD		11	2006	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA		3	2002	34399

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado Gestión de Seguridad del Paciente	ICONTEC	2019	112
Diplomado Acreditación IPS	ICONTEC	2019	112
PROGRAMA DE GOBERNABILIDAD, GERENCIA	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2018	152
PROGRAMA EN GESTIÓN DEL CAMBIO	INALDE - UNIV. DE LA SABANA	2017	40
Diplomado en Gerencia en Salud	Universidad del Rosario	2015	120
Diplomado en Evaluación y Gestión de Proyectos	Universidad del Rosario	2014	120
DIPLOMADO EN SISTEMAS DE GESTIÓN	ICONTEC	2012	92
Diplomado Auditoria Estratégica	ESAP	2010	128
DIPLOMADO EN MECI Y SGC	ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN	2008	120

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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
inglés	X			X			X		

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico COMENZANDO POR EL ACTUAL

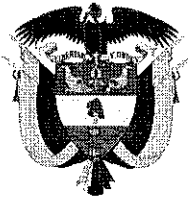
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dirtalentohumano@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 10 MES 3 AÑO 2025		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Asesor	Gerencia	Calle 66 No. 15 - 41	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3849160	DÍA 30 MES 9 AÑO 2024		DÍA 2 MES 2 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Subgerente de Prestación de Servicios de	Gerencia	Calle 9 #39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3849160	DÍA 18 MES 9 AÑO 2021		DÍA 29 MES 9 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo	Gerencia	Calle 9 No. 39 - 46	

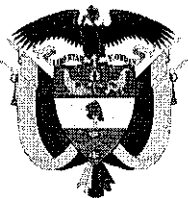
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Hospital San Carlos		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ecurrea@fhsc.org.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7443333	DÍA 1 MES 10 AÑO 2020		DÍA 15 MES 2 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Coordinadora de Calidad y Acreditación	Dirección General	Carrera 12 D No.32 - 44 Sur	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 5 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 9 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Dirección Provisión de Servicios de Salud	DIRECCIÓN Carrera 32 No. 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuaria@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 8 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 4 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Jefe Oficina de Calidad	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Dg. 34 No. 5-43	

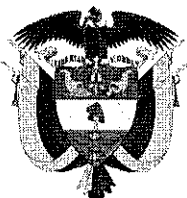
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asesorgerencia@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 8 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Asesor	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Diagonal 34 # 5-43	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Superintendencia Nacional de Salud		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS 4817000	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 7 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Superintendencia Delegada para la	DIRECCIÓN Avenida Ciudad de Cali 51 66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Ministerio de Salud y Protección Social		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 4 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 7 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO Consultora de Calidad	DEPENDENCIA Despacho del Ministro	DIRECCIÓN Carrera 13 32 76	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 4 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO ASESOR CONTROL INTERNO	DEPENDENCIA ALCALDIA MAYOR GERENCIA DEL	DIRECCIÓN CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3753569	DÍA 1 MES 2 AÑO 2010		DÍA 5 MES 4 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	NO ESPECIFICADO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DÍA 24 MES 6 AÑO 2009		DÍA 24 MES 12 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ASESOR DE CALIDAD	DIRECCION DESARROLLO DE SERVICIOS	CALLE 13 CRA 32	

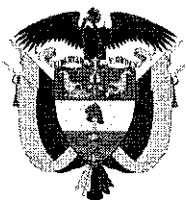
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
0000000	DÍA 28 MES 1 AÑO 2007		DÍA 23 MES 6 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	No registra	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
0000000	DÍA 21 MES 5 AÑO 2004		DÍA 28 MES 2 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Subgerencia de Servicios de Salud	Carrera 78 No.35-71	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria del Area Andina		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	areandina@areandina.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3486600	DÍA 15 MES 1 AÑO 2003		DÍA 15 MES 6 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Docente - Supervisora de Práctica	Programa Auxiliar de Enfermería	calle 71 No. 13 - 21	

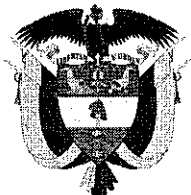
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital del Sur i Nivel ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	no especificado	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2682762	DÍA 4 MES 9 AÑO 2002		DÍA 4 MES 9 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera SSO	Subgerencia de Servicios de Salud	Calle 19a No. 34 94	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 7 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-jul-2025

Fecha Validación: 21-jul-2025

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	9
Pública	20	10
Total	21	2

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 21-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ 21/07/2025 14:35:34

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 21/07/2025 15:09:07

1587785

Documento electrónico: 1bb56fbc959c10606809b69ac8553d53e5812fb535fa13c2d9efcd082aa386ca
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 8 de 8