

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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDIVELSO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DIAZ	NOMBRES DIANA MILENA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 52468234		SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR		PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> 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 BASICA									TITULO			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

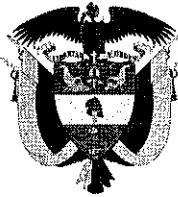
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
				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



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

Última Actualización: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-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 Auditoría 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		

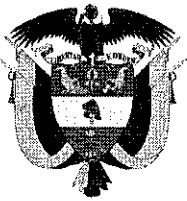
3

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	DIA 10 MES 3 AÑO 2025	DIA	MES
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Asesor	Gerencia	Calle 66 No. 15 - 41	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

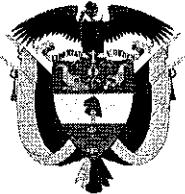
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

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	DIA 30 MES 9 AÑO 2024	DIA 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	DIA 16 MES 9 AÑO 2021	DIA 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	DIA 1 MES 10 AÑO 2020	DIA 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 electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54



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

Última Actualización: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-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
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 29 MES 5 AÑO 2020	DIA 28	MES 9 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección Provisión de Servicios de Salud	Carrera 32 No. 12-81	

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

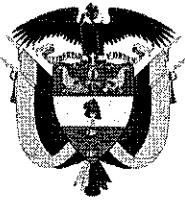
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	asesorgerencia@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3444484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

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54

1655107

Documento electrónico: 8d0ece1eb987ca9f55fdf5185843b64a8245b39f7e41d83588d36beac4ea30bd Página 4 de 8

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

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

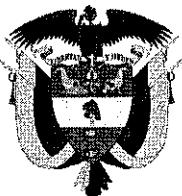
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Salud y Protección Social	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3305000	DIA 17 MES 4 AÑO 2013	DIA 7	MES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

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@hospitalpablobosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7799800	DIA 6 MES 4 AÑO 2010	DIA 6	MES 4 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ASESOR CONTROL INTERNO	ALCALDIA MAYOR GERENCIA DEL	CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54

1655107

Documento electrónico: 8d0ec81eb987ca9f5510f5185843b64a8245b39f7e41d83588d36beac4ea30bd Página 5 de 8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

3 — EXPERIENCIA LABORAL

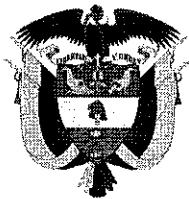
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

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@hospitalpablobosa.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
3753569	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="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	DIA <input type="text" value="24"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>	DIA <input type="text" value="24"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
ASESOR DE CALIDAD	DIRECCIÓN 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@hospitalpablobosa.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
0000000	DIA <input type="text" value="28"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2007"/>	DIA <input type="text" value="23"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD		CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR			

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-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	DIA 21 MES 5 AÑO 2004	DIA 28	MES 2 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Subgerencia de Servicios de Salud	Carrera 78 No.35-71	

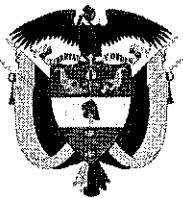
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria del Área Andina	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	areandina@areandina.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3466600	DIA 15 MES 1 AÑO 2003	DIA 15	MES 6 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	DIA 4 MES 9 AÑO 2002	DIA 4	MES 9 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera SSO	Subgerencia de Servicios de Salud	Calle 19a No. 34 94	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54

1655107

Documento electrónico: 8d0ecea1eb987ca9f55fdf5185843b64a8245b39f7e41d83588d36beac4ea30bd Página 7 de 8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

sideap

Última Actualización: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-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	21	1
Total	21	6

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO X 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. - 30-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ 30/10/2025 17:14:48

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 electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 17:16:54

1655107

Documento electrónico: 8d0ece1eb987ca9f55fdf5185843b64a8245b397e41d83588d36beac4ea30bd Página 8 de 8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente