



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDIVELSO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DIAZ	NOMBRES DIANA MILENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52468234	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> 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			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
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: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

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 Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3849160	DIA 16 MES 9 AÑO 2021	DIA [] MES [] AÑO []	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo	Gerencia	Calle 9 No. 39 - 46	

Firma electronica validador: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

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 Fundación Hospital San Carlos	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ecurrea@fhsc.org.co
TELÉFONOS 7443333	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO Coordinadora de Calidad y Acreditación	DEPENDENCIA Dirección General		DIRECCIÓN Carrera 12 D No.32 - 44 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="12"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO Jefe Oficina de Calidad	DEPENDENCIA Gerencia		DIRECCIÓN Dg. 34 No. 5-43

Firma electronica validador: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

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 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	

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	

Firma electrónica validador: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

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 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 DIA 6 MES 4 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 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	

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 3753569	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 5 MES 4 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	DEPENDENCIA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD	DIRECCIÓN CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR	

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

Firma electrónica validador: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

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 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 0000000	FECHA DE INGRESO DIA 28 MES 1 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO DIA 23 MES 6 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	DEPENDENCIA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD	DIRECCIÓN CRA 77 I BIS NO 69B 70 SUR	

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Universitaria del Area Andina	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD areandina@areandina.edu.co	
TELÉFONOS 3466600	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 1 AÑO 2003	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 6 AÑO 2003	
CARGO O CONTRATO Docente - Supervisora de Práctica	DEPENDENCIA Programa Auxiliar de Enfermería	DIRECCIÓN calle 71 No. 13 - 21	

Firma electronica validador: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

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

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	1
Total	20	5

Firma electronica validador: ADRIANA MARIA CANCINO REYES 18/09/2024 08:06:42

1393365

Documento electrónico: 74d192371135ad2ddd2261aaa2993f0d701ea5cc3dbff180f01d7cd692a11a97
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 Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-sep-2024

Fecha Validación: 18-sep-2024

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. - 18-sep-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ 18/09/2024 07:47:01
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